



Gérer l'événement dans un contexte d'industrialisation des soins. Une approche par l'activité de la coordination au bloc opératoire.

Stéphanie Gentil

► To cite this version:

Stéphanie Gentil. Gérer l'événement dans un contexte d'industrialisation des soins. Une approche par l'activité de la coordination au bloc opératoire.. Sciences de l'Homme et Société. IEMN-IAE (Université de Nantes), 2012. Français. NNT: . tel-01091090

HAL Id: tel-01091090

<https://theses.hal.science/tel-01091090>

Submitted on 4 Dec 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gérer l'événement dans un contexte d'industrialisation des soins

*Une approche par l'activité de la coordination au bloc
opératoire*

THESE DE DOCTORAT

Discipline : Sciences de gestion

*Présentée
et soutenue publiquement par*

Stéphanie GENTIL

Le 26 novembre 2012 devant le jury ci-dessous

Directeur de thèse : Mathieu DETCHESSAHAR, Professeur à l'Université de Nantes

Rapporteurs : Philippe LORINO, Professeur à l'ESSEC

Jean-Claude MOISDON, Directeur de recherche émérite à l'ENSM

Suffragants : Benoît JOURNE, Professeur à l'Université de Nantes

François PICHAULT, Professeur à HEC- Ecole de Gestion de l'Université
de Liège

L'université de Nantes n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

REMERCIEMENTS

C'est avec un réel plaisir que j'aborde la rédaction de ces pages qui marque la fin d'un travail qui fut pour moi d'une grande richesse mais qui n'aurait pu aboutir sans l'aide et le soutien de nombreuses personnes que je voudrais ici remercier.

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à Mathieu Detchessahar pour son accompagnement tout au long de ce travail. Je vous remercie pour vos conseils, vos relectures attentives et pour avoir su trouver les mots lors des périodes de doute dans ce cheminement parfois difficile qu'est la thèse. Mais surtout, merci d'avoir éveillé en moi ce goût pour la recherche et notamment pour la recherche de terrain au cours de ma formation universitaire et merci de la confiance que vous m'avez témoignée en m'intégrant à votre équipe de recherche dès le Master 2.

Je remercie ensuite Philippe Lorino et Jean-Claude Moisdon d'avoir accepté d'être les rapporteurs de cette thèse. Mes plus sincères remerciements s'adressent également à Benoît Journée et François Pichault pour avoir accepté d'être membre de ce jury.

En outre, je témoigne toute ma gratitude aux équipes de la clinique étudiée dans ce travail qui m'ont accueillie dans leurs services avec une grande gentillesse, prenant le temps de répondre à mes diverses sollicitations malgré une charge de travail importante. Un merci tout particulier aux acteurs rencontrés en entretien. Merci également aux membres de la Direction qui m'ont ouvert les portes du bloc opératoire et ont organisé mes visites sur le site.

Ce travail doit aussi beaucoup aux différents échanges que j'ai eus avec les membres du laboratoire que je remercie ici très sincèrement. Je souhaite notamment exprimer ma reconnaissance à Benoît Journée. Merci de l'intérêt que vous avez porté à cette recherche, de vos nombreux conseils, notamment dans la phase d'analyse des données. J'ai beaucoup appris du groupe de travail que vous avez initié aux côtés de Stéphanie Tillement et d'Amandine Berger que je remercie elles aussi tout particulièrement. Un grand merci également à Arnaud Stimec et Anouk Grevin avec qui j'ai eu le plaisir de faire l'expérience du « terrain » dans le cadre de mon Master 2. Je remercie également Frédérique Chédotel et Nathalie Angelé-Halgand pour nos divers échanges qui ont été pour moi d'une grande richesse. Merci aussi à Cathy Krohmer et Johanna Habib pour leurs conseils et leur soutien tout au long de la rédaction de cette thèse. Je témoigne par ailleurs toute ma gratitude à l'équipe de l'IEMN-IAE et notamment Hélène Journée mais aussi Nicolas Antheaume et

Laetitia Pihel avec qui j'ai ou j'ai eu le plaisir de partager l'enseignement. J'adresse également un grand merci à l'équipe administrative de l'institut mais aussi à la secrétaire de l'Ecole doctorale, Sandra. Une mention spéciale à la secrétaire du laboratoire, Anne-Claire, pour sa gentillesse et sa disponibilité.

Je remercie aussi les doctorants ou jeunes docteurs de l'IEMN avec qui j'ai partagé cette aventure : Alexandre, Alice, Amandine, Anouk, Caroline, Gwenaëlle, Maroua, Mickaël, Noah, Paul, Romain, Sibylle, Véronique... Un merci tout particulier à Anouk, Véronique et Amandine pour nos nombreux échanges qui ont largement contribué à l'avancement de ce travail mais surtout pour tous les bons moments passés en votre compagnie !

Enfin, je remercie infiniment toute ma famille et mes amis pour l'immense soutien qu'ils m'ont apporté ces trois dernières années. Je ne peux bien sûr tous vous nommer mais je vous remercie sincèrement pour votre écoute, vos encouragements et surtout votre bonne humeur ! Un merci tout spécial à mon frère François, à Marion et aux copains de la Chapelle, toujours là pour moi, mais aussi à Marie et Anne qui, en plus de leur amitié, ont activement participé à ce travail par leur relecture attentive ou nos échanges.

En particulier, je voudrais ici exprimer toute ma reconnaissance à mes parents pour avoir toujours cru en moi, tout au long de ce parcours de thèse, mais pas seulement. Un immense merci pour votre écoute, votre soutien sans faille et plus généralement pour votre implication dans les choses qui me tiennent à cœur. Enfin, je remercie celui qui a partagé ma vie ces trois dernières années, Maryan : merci pour ton optimisme inébranlable, ta présence attentive dans les moments de joie comme de doute, pour avoir toujours trouvé les mots pour m'encourager, me rassurer, me dérider... Sans vous trois, je n'y serais pas arrivée, c'est certain.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : CONTEXTE ET DESIGN DE LA RECHERCHE	11
CHAPITRE 1 : LA MUTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET SES CONSÉQUENCES SUR L'ORGANISATION INTERNE DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS : ENJEUX ET PERSPECTIVES	13
1. LES MUTATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ : LE PHÉNOMÈNE D' « INDUSTRIALISATION DES SOINS »	16
2. LE « TOURNANT GESTIONNAIRE » DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : LA COORDINATION ET LA GESTION DE L'ÉVÉNEMENT AU CŒUR DE LA PERFORMANCE.....	33
CHAPITRE 2 : APPRÉHENDER LE TRAVAIL D'ARTICULATION « SITUÉ » ORGANISATIONNELLEMENT : LA SITUATION DE GESTION ET L'AGENCEMENT ORGANISATIONNEL.....	49
1. L'ÉTUDE DU TRAVAIL D'ARTICULATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : VERS L'ANALYSE DE L'ACTIVITÉ « SITUÉE » ORGANISATIONNELLEMENT.....	52
2. REGARDS SUR L'ACTIVITÉ : LE « CARRÉ DE L'ACTIVITÉ ».....	72
3. VERS UNE UNITÉ D'ANALYSE INTERMÉDIAIRE : LA SITUATION DE GESTION ET L'AGENCEMENT ORGANISATIONNEL.....	90
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA THÈSE	119
1. LA CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE	122
2. LA COLLECTE DES DONNÉES	125
3. L'ANALYSE DES DONNÉES ET LA PHASE DE RÉDACTION	155
4. L'ANCRAGE CONSTRUCTIVISTE DE LA THÈSE	164
PARTIE 2 : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	173
CHAPITRE 4 : VERS UNE GRILLE DE LECTURE DE L'ACTIVITÉ : RETOUR SUR LES SPÉCIFICITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT	175

1. UN ÉTABLISSEMENT « A LA POINTE » : TOUR D’HORIZON DES LOCAUX ET DES TECHNOLOGIES EMPLOYÉES.....	178
2. L’OPTIMISATION DU FLUX PATIENT, UN DOUBLE ENJEU POUR LE MANAGEMENT : LE PARTAGE DES INFORMATIONS ET LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS	193
CHAPITRE 5 : LES AGENCEMENTS ORGANISATIONNELS EN SITUATIONS NON PERTURBÉES	205
1. LA SITUATION NORMALE : LA CONFORMITÉ A LA PROCÉDURE	208
2. LES INDÉTERMINATIONS DANS LE CADRE DE RÉFÉRENCE : DES SITUATIONS RÉFLEXIVES ?	244
CHAPITRE 6 : LES AGENCEMENTS ORGANISATIONNELS EN SITUATIONS PERTURBÉES	261
1. LES SITUATIONS PERTURBÉES « IMPENSÉES » : LA COMMUNICATION AU CŒUR DE LA GESTION DES EVENEMENTS.....	264
2. LES SITUATIONS PERTURBÉES « ROUTINIÈRES » : DES RÉPONSES ORGANISATIONNELLES PROPOSÉES FACE A L’ÉVÉNEMENT	294
CHAPITRE 7 : LA STRATÉGIE DE LA GESTION DES RISQUES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SES CONTRADICTIONS : UN ÉCLAIRAGE PAR LES SITUATIONS DE GESTION	333
1. ANALYSE DE LA GRILLE DE LECTURE PROPOSÉE ET INCIDENCES SUR LA STRATÉGIE DE GESTION DES RISQUES AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	336
2. LES ENJEUX DU TRAVAIL DE RÉGULATION LOCALE A LA LUMIÈRE DU CONCEPT DE SITUATION DE GESTION.....	349
CHAPITRE 8 : L’AGENCEMENT ORGANISATIONNEL DES SITUATIONS PERTURBÉES : LA NÉCESSITÉ D’ÉQUIPER LE TRAVAIL DE RÉGULATION LOCALE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	361
1. LE ROLE DES AGENCEMENTS-CARREFOURS DANS LA RECONSTITUTION DE LA MÉTA-SITUATION	365
2. LE ROLE DES RESSOURCES MATÉRIELLES ET SYMBOLIQUES DANS LA DISCUSSION ET LE DÉPLOIEMENT DES SOLUTIONS	379

3. LA CONSTRUCTION DE L'AGENCEMENT ORGANISATIONNEL DANS LE TEMPS : ANTICIPATION ET RÉSILIENCE, UN MIX POSSIBLE ?	389
CONCLUSION : PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA THÈSE, LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE	403
1. LES PRINCIPALES CONTRIBUTIONS THÉORIQUES	406
2. LES PRINCIPALES RETOMBÉES EN TERMES DE MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE....	418
3. LES PRINCIPAUX APPORTS EMPIRIQUES	420
4. LIMITES DE LA THÈSE ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	425
BIBLIOGRAPHIE	429
ANNEXES.....	457
TABLE DES MATIERES.....	522

INTRODUCTION

« *C'est une espèce de valse, tout est coordonné de façon à ne pas perdre trop de temps (...). Parce que le temps, c'est de l'argent et qu'il y a plein de patients à opérer* ».

L'infirmière de bloc opératoire qui s'exprimait de la sorte, au cours de l'un des entretiens que nous avons réalisés au sein d'une clinique privée, révélait par là l'émergence dans le secteur de la santé d'une logique jusqu'ici méconnue du personnel soignant, celle de l'efficience, de la rationalisation du processus de prise en charge. Nombre d'acteurs rencontrés dans cet établissement mettaient effectivement l'accent sur les profonds bouleversements observés dans leur travail, et notamment sur la pression temporelle qu'ils éprouvent désormais quotidiennement.

Ces propos témoignent ainsi très nettement de la vague de rationalisation qui accompagne les réformes du système de santé engagées par l'Etat français ces dernières années. Ils mettent particulièrement en exergue l'impact de ce phénomène que nous qualifierons d'« industrialisation des soins » sur les pratiques des acteurs et, ici, sur la coordination du travail dont la performance des établissements de santé semble dépendre fortement. C'est cette question de la coordination des pratiques dans ce contexte de rationalisation des soins que la thèse examine.

Effectivement, face à l'envolée des dépenses du secteur de la santé, l'Etat s'est attaché, surtout depuis les années 1990, à réformer le système de soins, à travers la mise en œuvre d'un certain nombre d'outils de gestion inspirés du monde industriel (Minvielle, 1996 ; de Kervasdoué, 2004). Ainsi, c'est bien une tentative d'« industrialisation des soins » que l'Etat a ici amorcé, dans le but de maîtriser les coûts du système tout en maintenant un niveau de qualité élevé du processus de prise en charge, les établissements de santé composant avec des vies humaines. Par le déploiement de cette instrumentation gestionnaire, directement inspirée du Nouveau Management Public (Claveranne *et al.*, 2009 ; Halgand, 2003), l'Etat a fait le choix de la standardisation des pratiques (Samuel *et al.*, 2005 ; Lapointe *et al.*, 2000).

Ce ne sont toutefois pas tant ces réformes qui nous intéressent dans la thèse que leurs impacts, à un niveau micro, sur l'organisation interne des établissements de santé. La recherche doit ainsi permettre d'ouvrir la « *boîte noire* » (Lenay et Moisdon, 2003, p. 137 ; Moisdon, 2000, p. 39) que constituent ces établissements pour observer le « *tournant gestionnaire* » (Detchessahar et Grevin, 2009) que ces derniers sont appelés à prendre au

regard de ces réformes. Le phénomène d'« industrialisation des soins » bouleverse en effet fortement le modèle d'affaire de ces organisations dès lors incitées à la fusion, à la concentration, à la recherche d'économie d'échelle. Ces restructurations sont particulièrement importantes pour les cliniques privées (Piovesan, 2003). On assiste par ailleurs à l'émergence, en interne, de bon nombre d'outils de gestion tournés vers la performance et l'optimisation du système. Il s'agit notamment, on le voit dans les propos de l'infirmière de bloc présentés au préalable, d'optimiser le temps : des outils de programmation et de planification du travail voient ainsi le jour, particulièrement au bloc opératoire (Tonneau et Lucas, 2006).

Dans ce cadre, la question de la coordination revêt un enjeu majeur pour les établissements de santé puisqu'elle s'inscrit au cœur de la performance hospitalière, (Moisdon, 2008 ; Tonneau, 1998) que celle-ci soit mesurée en termes de coûts, de qualité ou encore de délais. Une des principales difficultés qui se posent dans les organisations de soins est effectivement celle du « *faire ensemble* » (Pascal, 2000). Le travail à l'hôpital est fondamentalement divisé et différents mondes d'action (Glouberman et Mintzberg, 2001), aux logiques, contraintes et intérêts divers, coexistent au sein des établissements de santé. L'activité de soins est en outre spatialement et temporellement éclatée (Grosjean et Lacoste, 1999) : de ce fait, des fonctions et services dispersés géographiquement dans la structure se relaient nuit et jour dans la prise en charge du patient. Le travail de ces différents mondes d'action, services ou acteurs, est pourtant centré autour d'un objet unique : le patient (Pascal, 2003). La coordination du travail, l'agencement physique entre ces différentes unités et le partage des informations constituent dès lors une préoccupation majeure pour le management des établissements de santé, particulièrement dans le contexte d'incitation à l'efficience porté par les récentes réformes.

C'est à cet objet d'étude que la thèse s'intéresse en examinant l'impact de ce tournant gestionnaire sur les modes de coordination adoptés au sein des établissements de santé. Cette question concerne en effet tout particulièrement les gestionnaires puisqu'elle touche à des aspects de performance et conduit à étudier l'organisation du travail et les outils de gestion en place.

Mais cette problématique doit être resituée dans le contexte de l'activité de soins, soumise à l'aléa et à la singularité de chaque prise en charge (Minvielle, 1996). Effectivement, si l'instrumentation gestionnaire semble aujourd'hui largement tournée vers la standardisation du travail, cette trame préétablie se heurte à l'« événement » (Zarifian, 1995), caractéristique de l'activité hospitalière. On peut d'emblée s'interroger sur la façon dont ce paradoxe, que Minvielle (1996) qualifie de « *gestion de la singularité* à

grande échelle », est pris en charge dans les organisations de santé, ce qui questionne plus avant les modes de coordination adoptés lorsque l'événement surgit dans l'activité de soins. L'aléa appelle en effet à une régulation souvent immédiate puisqu'il met potentiellement en péril la vie d'un patient.

Cette question de la régulation à l'hôpital a déjà à maintes reprises été étudiée dans la littérature, notamment sur le plan sociologique. Ainsi, Raveyre et Ughetto (2003) évoquent l'idée d'un travail de « *mise en cohérence* » (p. 110) tandis que Peneff (1992) fait état des « *petits arrangements internes* » (p. 83-84) qui s'opèrent entre les acteurs. Grosjean et Lacoste (1999) s'emparent quant à elles de cette question de la régulation en la thématissant sous l'angle de la communication. Mais ce sont ici surtout les écrits de Strauss (1992a), qui mettent en évidence le travail d'« *articulation opérationnelle* » pris en charge par les personnels des établissements de santé, qui vont nous intéresser dans la thèse.

L'étude de cette question appelle à l'adoption d'une unité d'analyse particulière : il ne s'agit pas d'examiner l'organisation mais bien d'observer le travail réel entrepris par les personnels de soins. C'est ainsi par le prisme de « l'activité » que tous ces auteurs entrent sur ce sujet. Toutefois, nous allons montrer dans la thèse que ces écrits peinent à penser le rapport entre activité et organisation et notamment la façon dont l'organisation peut soutenir ce travail d'articulation opérationnelle, une perspective qu'il nous semble difficile de tenir en Sciences de gestion.

La présente recherche doit alors s'inscrire dans le prolongement de ces travaux en cherchant, en partant de l'activité, à remonter vers des questions de conception, d'ingénierie. Il va s'agir d'identifier la façon dont l'organisation peut équiper ce travail d'articulation opérationnelle. Ce positionnement appelle à l'adoption d'un échelon d'analyse intermédiaire, à la charnière entre « *l'étude de l'organisation comme système d'activité socialement organisé* » et « *l'étude de l'activité de l'acteur, dans son environnement social organisé* » (Lorino et Teulier, 2005, p. 13). En effet, en s'intéressant à ces arrangements et bricolages locaux, nous envisageons l'existence de « *transgressions* » (Girin et Grosjean, 1995) ou plutôt d'une « *renégociation permanente de l'ordre social* » (Thuderoz, p. 124) et émettons par là la possibilité que les acteurs agissent sur l'organisation et la transforment. Toutefois, à considérer la façon dont l'organisation peut soutenir le travail réel, nous concevons bien l'activité comme située dans un environnement matériel et symbolique particulier qu'il nous appartiendra de caractériser. Le travail d'articulation déployé au sein des établissements de santé sera finalement examiné à l'aune de deux concepts particuliers proposés par Girin (1990a ;

1983a ; 1995) : la situation de gestion et l'agencement organisationnel. La situation de gestion constituera l'unité d'analyse de l'activité « *située* » organisationnellement (Lorino et Teulier, 2005, p. 13) tandis que le concept d'agencement organisationnel nous permettra d'appréhender l'organisation, envisagée comme un construit, dans l'activité.

Nous pouvons alors formuler la question de recherche qui guidera ce travail de la façon suivante : ***Dans un contexte d' « industrialisation des soins », quel agencement organisationnel concevoir pour répondre simultanément aux impératifs de rationalisation et de gestion des événements ?***

Pour instruire cette question, nous entrerons dans l'activité de soins à un niveau très micro en mobilisant le concept de situation de gestion (Girin, 1983a ; 1990a).

La thèse poursuivra ainsi un double projet de connaissance. Il s'agira, d'une part, de décrire les modes de coordination adoptés dans l'activité de soins, compte-tenu du contexte de rationalisation des pratiques dont nous avons au préalable fait état, notamment lorsque la trame organisationnelle est déstabilisée par l'apparition d'événements. Il s'agira, d'autre part, en partant d'une analyse des situations de gestion, d'interroger l'organisation en retour et par conséquent, de porter un regard évaluatif sur l'instrumentation gestionnaire déployée à un niveau macro. Nous nous attacherons ici à identifier les éventuels paradoxes qui traversent le ou les agencements organisationnels que nous aurons caractérisés. Ce faisant, nous essaierons d'aboutir à des recommandations très concrètes sur la façon dont l'organisation peut coordonner le travail et notamment sur la manière dont elle peut soutenir les acteurs dans les régulations locales qu'ils accomplissent lorsque surgissent des événements. La thèse doit ainsi permettre de générer des connaissances « *actionnables* » (Hatchuel, 2005) sur le système étudié.

La démarche adoptée

Pour traiter de ces questions, nous allons présenter les résultats du cheminement que nous avons suivi dans la thèse afin de révéler puis d'éclairer l'objet de la recherche, un cheminement fait d'aller-retour entre un travail de terrain et l'étude de modèles théoriques, dans une perspective proche de celle de l'« *abduction* » (David, 2000).

La thèse prend en effet appui sur une étude de cas réalisée au sein d'une clinique privée, un objet qui n'a jusqu'ici que peu été exploré, notamment dans le champ des Sciences de gestion (Claveranne et Piovesan, 2003). L'établissement, véritablement à la pointe de la rationalisation économique, s'apparente ainsi à un « *cas exemplaire* » (David, 2003 ; Giroux, 2003) voire « *révélateur* » (Yin, 1994, p. 40) du phénomène étudié.

La recherche se focalise plus précisément sur le cœur opérationnel des établissements de santé : le bloc opératoire. En effet, celui-ci constitue un lieu particulièrement propice à l'étude des modes de coordination. Situé au milieu de la chaîne de soins, le bloc opératoire est placé en situation de dépendance à l'égard des unités amont comme aval et les possibilités de blocage sont, dans cette perspective, extrêmement fortes en son sein. Par ailleurs, l'activité du bloc opératoire est en elle-même fortement soumise à l'aléa et la sécurité revêt un enjeu majeur dans cette unité puisque l'événement met ici potentiellement en péril la vie d'un patient. Ce sont finalement deux blocs opératoires très différents (activité, taille, organisation) qui ont été étudiés dans ce travail, de façon à pouvoir questionner l'organisation de la clinique dans son ensemble. La méthode retenue s'apparente ainsi à celle de l'étude de cas enchâssée (Yin, 1994).

Le plan général de la thèse

Notre propos s'articulera autour de deux parties.

Nous présenterons dans une **première partie** le contexte et le design de la recherche. Il s'agira d'une part de revenir sur le contexte dans lequel évoluent aujourd'hui les établissements de santé, et particulièrement les cliniques privées, afin de mettre en lumière le questionnement porté par la thèse. Il s'agira d'autre part de présenter le cadre théorique mobilisé dans ce travail puis d'en étudier les principales déclinaisons sur le plan méthodologique.

Ainsi, le premier chapitre de la thèse sera consacré à la présentation des réformes mises en œuvre par l'Etat français ces dernières années. Ce sont ici surtout les impacts de ce phénomène, qualifié d'« industrialisation des soins », sur l'organisation interne des établissements de santé, et particulièrement des cliniques privées, que nous examinerons. Nous nous attacherons à décrire le tournant gestionnaire de ces dernières et nous intéresserons notamment à la façon dont il impacte deux problématiques majeures au sein des établissements de santé, celle de la coordination des soins et celle de la gestion de l'aléa. Nous reviendrons sur le paradoxe de « *gestion de la singularité à grande échelle* » mis en évidence par Minvielle (1996) et dessinerons par là les questions de recherche qui guideront ce travail.

Dans le second chapitre, nous nous intéresserons à la manière dont l'objet de notre recherche, la coordination, a jusqu'ici été abordé dans la littérature. Nous considérerons tout particulièrement les écrits de Strauss (1992a) sur le travail d'« *articulation opérationnelle* » et positionnerons la présente recherche par rapport à ces écrits. Nous montrerons que le projet de connaissance poursuivi par la thèse appelle à l'adoption d'une

unité d'analyse de l'activité spécifique, « *située* » organisationnellement (Lorino et Teulier, 2005, p. 13). Dans cette perspective, nous reviendrons sur les différentes approches qui se sont intéressées à « l'activité » et que Licoppe (2008a) regroupe sous le terme de « *carré de l'activité* ». Nous identifierons plusieurs limites à ces approches, ce qui nous conduira à rechercher un autre modèle d'analyse qui « pense » le rapport entre activité et organisation placé au cœur de notre propos. C'est alors que nous présenterons le cadre théorique retenu dans la thèse.

Une telle perspective sur le plan théorique appelle à des considérations méthodologiques particulières qui feront l'objet de notre troisième chapitre. Nous présenterons la posture adoptée dans ce travail et décrirons la démarche générale portée par la thèse, à la fois dans la construction de l'objet de recherche et dans la production de connaissances nouvelles. Nous préciserons la stratégie d'accès au réel retenue. Nous reviendrons ensuite sur l'important travail d'analyse des données réalisé dans la thèse et sur la validité des connaissances produites à la fois sur le plan interne et externe.

Nous présenterons dans une **seconde partie** les résultats de la thèse. Les trois premiers chapitres seront consacrés à la présentation des résultats empiriques de la recherche que nous avons menée. Les deux derniers chapitres discuteront ces résultats à la lumière du cadre conceptuel retenu.

Le quatrième chapitre s'attachera à présenter le cas étudié dans la thèse. Nous reviendrons tout d'abord sur les caractéristiques de la clinique, dans son ensemble. Nous décrirons ensuite les deux blocs opératoires investigués de façon plus précise dans ce travail. Nous mettrons ici l'accent sur les spécificités de l'établissement, montrant de quelle façon celui-ci constitue un cas particulièrement intéressant compte-tenu de notre objet de recherche. Notre propos nous conduira finalement à identifier deux enjeux majeurs pour le management de la clinique étudiée. Ce double enjeu révélera l'existence de deux axes d'analyse pertinents pour analyser les modes de coordinations adoptés au sein des blocs opératoires de l'établissement : le degré de singularité et le niveau de connaissance possédé sur la situation. Quatre types de situations seront finalement distingués dans la thèse. Le travail de terrain présenté dans les deux chapitres suivants s'attachera à caractériser les modes de coordination observés au sein de chacune de ces situations.

La façon dont le travail est coordonné dans les situations non perturbées fera l'objet de notre cinquième chapitre. Nous distinguerons les modes de coordination observés selon que les acteurs sont ou non en possession des informations sur la situation. Nous étudierons

les ressources organisationnelles sur lesquelles les acteurs prennent appui mais aussi celles qui leur font défaut dans ce travail de mise en cohérence. Nous porterons une attention particulière à l'instrumentation gestionnaire en place dans l'établissement. Nous nous intéresserons par ailleurs aux modes d'organisation informels déployés au sein des collectifs.

Nous décrirons dans le sixième chapitre de la thèse les modes de coordination adoptés en situations perturbées, selon que les acteurs sont ou non en possession de l'ensemble des informations nécessaires à la prise en charge de l'événement. Nous présenterons ici les différents dispositifs déployés par l'organisation pour gérer les perturbations. Nous nous intéresserons en particulier à la conception des espaces de travail. Les outils et les procédures mais surtout la façon dont ils sont mobilisés par les acteurs en situation seront également examinés. Le chapitre sera suivi par une brève conclusion de cette recherche empirique qui mettra l'accent sur le caractère dynamique de la grille d'analyse proposée.

Nous discuterons dans le septième chapitre des résultats présentés au préalable compte-tenu du projet de connaissance porté par la thèse et à la lumière du modèle théorique adopté. Nous reviendrons ici sur ce qu'apporte le concept de situation de gestion aux écrits recensés à la fois sur la coordination à l'hôpital (notamment les travaux de Strauss, 1992a et Grosjean et Lacoste, 1999) et sur la gestion des événements (notamment Wildavsky, 1988). Repartant de la grille d'analyse proposée dans les chapitres précédents, nous examinerons la façon dont le management de la clinique étudiée se positionne sur le double enjeu ainsi identifié. Nous reviendrons alors plus avant sur le travail d'articulation pris en charge par les personnels de santé lorsque des perturbations surgissent dans l'activité.

Le huitième et dernier chapitre de la thèse considérera finalement la façon dont l'organisation peut soutenir le travail d'articulation réalisé par les acteurs en situations perturbées, à la fois dans le temps et dans l'espace. A partir des concepts de situation de gestion et d'agencement organisationnel (Girin, 1990a ; 1983a ; 1995), nous interrogerons la manière dont l'organisation des soins peut s'orienter vers de nouvelles formes de rationalisation du cadre de l'action. C'est ici très concrètement « *l'ingénierie de la résilience* » (Le Coze, 2009) que nous questionnerons.

Enfin, nous conclurons ce travail en restituant les principaux résultats générés par la thèse sur le plan théorique, méthodologique et empirique, mais aussi les questions qu'elle laisse en suspens et qui appellent à poursuivre la réflexion.

PARTIE 1 :

CONTEXTE ET DESIGN DE LA RECHERCHE

CHAPITRE 1 :

LA MUTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET SES CONSÉQUENCES SUR L'ORGANISATION INTERNE DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS : ENJEUX ET PERSPECTIVES

« *Le système fonctionne avec des ordres contradictoires : l'hôpital doit fournir plus de qualité, plus de sécurité, être plus rationnel, tout en réalisant plus d'économies*¹ ».

Cette citation d'Edouard Couty, ancien directeur des hôpitaux au ministère, dans un article du Monde intitulé « *La qualité de l'hôpital public mise en accusation* », est particulièrement révélatrice des interrogations grandissantes que suscitent les réformes du secteur de la santé entreprises depuis maintenant une vingtaine d'années en France.

Effectivement, face à des dépenses croissantes en matière de soins, l'Etat français s'est engagé dans une réforme en profondeur du système de santé public comme privé. C'est ainsi que les établissements de soins ont été incités à la rationalisation de l'organisation. Dans ce cadre, la question de la coordination des activités prend toute son importance : il s'agit de réduire les délais de production des soins en favorisant un enchaînement fluide et rapide des actions, des informations et des décisions (Zarifian, 1996). Compte-tenu des mutations du système, la coordination semble désormais largement orientée dans les établissements de santé vers la standardisation et la planification du processus de prise en charge. Or, cette trame préétablie se heurte à la contingence de l'activité de soins, soumise à l'aléa et à la singularité des cas (Minvielle, 1996). L'organisation des soins se confronte donc à un paradoxe de taille, celui de la « *gestion de la singularité à grande échelle* » (*id.*). Des objectifs de qualité ou de sécurité peuvent dès lors apparaître en grande contradiction avec les impératifs de coûts et de débits portés par les réformes actuelles. C'est de ce constat qu'émerge notre réflexion.

Nous reviendrons dans une première partie sur les mutations du système de santé en matière de coût et de qualité pour, dans une seconde partie, en présenter les impacts sur l'organisation interne des établissements de santé. Nous appréhenderons alors la performance hospitalière à l'aune du triptyque suivant : la capacité de rationaliser le process, la capacité d'assurer une bonne coordination des activités, et enfin la capacité de gérer les événements inhérents à l'activité de soins. Ce sont ces trois caractéristiques que nous étudierons simultanément dans la seconde section de ce chapitre avant de présenter le questionnement poursuivi par la thèse.

¹ Extrait d'un article du Monde de P. Benkimoun, « *La qualité de l'hôpital public mise en accusation* », paru le 30 décembre 2008.

1. LES MUTATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ : LE PHÉNOMÈNE D' « INDUSTRIALISATION DES SOINS »

Face à des dépenses croissantes, l'Etat français s'est attaché, depuis les années 1990, à réformer le système de santé afin d'en maîtriser les coûts, tout en maintenant un niveau de qualité élevé du processus de prises en charge : l'activité de soins compose en effet avec des vies humaines et ne peut, à ce titre, s'autoriser un quelconque manquement. Nous nous proposons dans cette section de dresser un bref panorama de ces réformes en matière de coût (1.2) comme de qualité (1.3) mais aussi d'étudier la logique sous-jacente à celles-ci, directement inspirées nous le verrons du Nouveau Management Public, et largement tournées vers la standardisation de l'activité (1.4). Auparavant, nous souhaitons revenir brièvement sur la naissance et les spécificités des cliniques privées puisque ce sont à ces établissements en particulier que nous nous intéressons dans ce travail (1.1).

1.1. Retour sur la clinique privée : un « objet de gestion non identifié »

On distingue en général trois grandes catégories d'établissements de santé : les établissements publics participant au service public hospitalier (PSPH), les établissements privés à but non lucratif (PSPH ou non) et le secteur privé à but lucratif (Lavigne, 2009). C'est à cette dernière catégorie d'établissements que la thèse s'intéresse. En effet, la France est le pays qui a le plus d'établissements privés à but lucratif au monde (20% contre 15% aux Etats-Unis) (de Kervasdoué, 2004). La clinique privée occupe ainsi une place non négligeable dans le paysage des établissements de santé français, et prend notamment en charge une large partie de l'activité chirurgicale (particulièrement en ambulatoire), comme le montre le tableau suivant, tiré d'une étude de la DREES (2009) :

Tableau n° 1 - Comparaison entre les établissements publics et privés sur l'activité chirurgicale

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	Centres hospitaliers régionaux (CHR)	Autres centres hospitaliers			
Nombre d'établissements disposant d'au moins une salle d'intervention chirurgicale	95	361	107	488	1 051
Nombre de salles d'intervention chirurgicale	1 612	2 067	686	3 552	7 917
Nombre moyen d'heures d'ouverture hebdomadaire	66	62	56	58	60
Nombre de séjours chirurgicaux (source PMSI-MCO)	1 323 289	902 849	480 022	3 235 175	5 941 335
Nombre d'établissements géographiques ayant déclaré une activité chirurgicale de nuit	51	215	37	127	430

Source : DREES, SAE 2009, traitements DREES

Paradoxalement, la clinique privée n'a été jusqu'ici que peu étudiée dans le champ des sciences de gestion (Claveranne et Piovesan, 2003). Son apparition n'est pourtant pas récente. Jusqu'en 1941, en effet, l'hôpital public était réservé à l'accueil des indigents et des accidentés du travail. L'hôpital était une institution sociale davantage que sanitaire (de Kervasdoué, 2004 ; Imbert, 1974). Dès lors, des cliniques privées ont été construites pour accueillir les patients issus de la petite, moyenne ou grande bourgeoisie (qui nécessitaient une intervention chirurgicale ou qui avaient besoin d'un lieu d'hébergement pour accoucher).

La clinique privée est un objet d'étude particulièrement intéressant en sciences de gestion, du fait de son statut intermédiaire : Claveranne et Piovesan (2003) la qualifie à ce titre d'« *objet de gestion non identifié* ». Effectivement, elle est avant tout une entreprise privée à but lucratif (nous verrons qu'elle est à ce titre engagée dans un processus de rationalisation important) et de haute technologie (Piovesan, 2003). Mais elle est dans le même temps une entreprise de main d'œuvre (la main d'œuvre représente plus de 50% des charges d'exploitation d'une clinique privée) (Claveranne et Piovesan, 2003) qui ne peut pas fixer ses prix de vente puisqu'elle est soumise à une régulation forte de la part du secteur public. C'est ce qui fait, selon Claveranne et Piovesan (2003), la spécificité de cet objet d'étude.

Ainsi, nous nous proposons dans la section suivante de revenir sur la régulation de ces établissements en présentant les réformes successives mises en place par l'Etat dans le secteur de la santé.

1.2. La maîtrise des dépenses de santé : évolution du système de financement des établissements de soins

Examinons ici la façon dont l'Etat français s'est attaché à maîtriser les dépenses du système de santé privé, au fil des années. Nous serons dans cette perspective conduite à présenter les modes de financement mis en place pour le secteur public, certains dispositifs, au départ tournés vers les établissements de santé publics, ayant par la suite été appliqués aux cliniques privées : les récentes réformes du système de santé aspirent en effet à l'équité entre les deux secteurs, nous allons le voir.

1.2.1. L'envolée des dépenses : le prix de journée

La loi de 1941, en consacrant juridiquement l'hôpital comme un établissement sanitaire et social à l'attention de tous, et non plus seulement comme une institution sociale et charitable accueillant les seuls indigents (de Kervasdoué, 2004 ; Imbert, 1974), conduit à

bouleverser profondément le système de financement de ces organisations. Le coût d'une telle mutation implique en effet qu'une partie importante du revenu national y soit consacrée² (Imbert, 1974). On assiste alors, jusqu'au milieu des années 1970, à une forte croissance des dépenses de santé (Lenay et Moisdon, 2003), qui s'explique notamment par le système de financement des établissements, établi sur la base du prix de journée³. A travers ce système de paiement « *rétrospectif* » (de Pouvourville, 2009, p. 270), les établissements sont tout bonnement remboursés de leurs dépenses, un prix de journée de chaque service étant établi sur la base du coût moyen de l'année précédente.

Ce mode de financement est vivement critiqué puisqu'il n'incite en aucun cas les établissements à réduire leurs coûts (Lenay, 2001 ; Lenay et Moisdon, 2003). Dans cette perspective, en 1975, le système en place est complété par un taux directeur de dépense qui fixe le taux maximal d'augmentation des prix de journée pour les hôpitaux (Moisdon, 2000). Pour les établissements privés, un arrêté en date de 1968 bloque le prix des prestations ; un décret paru en 1973 va par la suite instaurer un tarif dit de responsabilité⁴ (Piovesan, 2003) dans le but de normaliser les tarifs entre les cliniques.

1.2.2. Première tentative de régulation du système : budget global et naissance du PMSI

En 1983, la tentative d'encadrement des dépenses hospitalières prend un tournant particulier. Une réforme instaure en effet le budget global en lieu et place du prix de journée, pour les hôpitaux publics et les établissements privés à but non lucratif PSPH. Une somme annuelle, en principe non révisable (Moisdon, 2000), est alors affectée à chaque établissement afin de couvrir ses dépenses. La dotation croît chaque année mais dans la limite du taux directeur de dépense. Dès lors, on assiste à un véritable renversement de la logique de financement des établissements, cette fois tournée vers le rationnement

² Imbert (1974) montre à ce sujet que le financement des établissements de soins s'appuyait largement jusqu'ici sur la charité de riches donateurs. La loi de 1941 marque ainsi un tournant décisif, l'Etat étant conduit à prendre une part très importante dans le financement de ces établissements.

³ Nous ne distinguons pas ici le mode de financement des établissements de santé publics et privés (à but ou non lucratif) car, comme le montre Piovesan (2003), leur mode de financement est très proche : on parle de prix de journée pour les hôpitaux et de « *prix de journée préfectoral* » (Piovesan, 2003, p. 49) pour les établissements privés. Notons toutefois avec de Kervasdoué (2004) que les prix de journée entre le public et le privé, s'ils sont établis sur des bases de calcul similaires, sont toutefois difficilement comparables car ils incluent à l'hôpital le salaire des médecins, ce qui n'est pas le cas dans les cliniques où les médecins ne sont pas salariés mais exercent une activité libérale : ils sont alors rémunérés à l'acte (Claveranne et Piovesan, 2003 ; de Pouvourville, 2009).

⁴ Le tarif de responsabilité repose sur une modalité de calcul du tarif particulière s'appuyant sur un classement préalable des cliniques selon différents critères (nature, valeur technique, qualité du confort et de l'accueil) (Piovesan, 2003).

(Moisdon, 2000 ; Lenay et Moisdon, 2003) : « *Contrairement au prix de journée où la sécurité sociale paie ce que l'hôpital dépense, dans ce système, l'hôpital dépense ce que la sécurité sociale paie* » (Lenay, 2001, p. 26). On parlera à ce titre de paiement « *prospectif* » (de Pouvourville, 2009, p. 271).

Toutefois, ce mode de financement subit à son tour de sérieuses critiques, tournées à la fois vers l'efficacité et le degré d'équité du système (Moisdon, 2000). Ainsi, Engel *et al.* (1990) montrent-ils que la budgétisation globale est une « *contrainte affichée* » davantage qu'une « *contrainte réelle* ». Certaines stratégies internes voient le jour, par exemple des redéploiements internes consistant à récupérer des postes dans les services administratifs ou logistiques au profit des services médicaux : les dépenses médicales ne sont pas réduites à travers ce système mais on assiste plutôt à une modification des comportements stratégiques des établissements (*id.*). Par ailleurs, les auteurs notent l'existence d'un « *jeu autour des règles comptables et budgétaires* » (p. 19) et signalent que les dépenses des établissements hospitaliers se poursuivent, malgré le système en place. En outre, Moisdon (2000) et de Kervasdoué (2004) montrent que les dotations globales sont établies sur la base des budgets constitués avant 1984. Dès lors, le système risque de reproduire certaines inégalités de dotation préexistantes au système : les établissements les mieux dotés initialement voient leurs recettes croître proportionnellement à leur activité tandis que les autres restent sous-dotés (Lenay, 2001). Il manque finalement au système la possibilité d'évaluer l'activité réelle de chaque organisation de soins.

Si les établissements privés ne sont pas soumis à ce système de dotation globale, celui-ci n'en est pas moins important puisqu'il s'accompagne de la mise en œuvre d'un dispositif gestionnaire particulier, le Projet (puis programme) de Médicalisation du Système d'Information (PMSI), qui sera déployé dans les cliniques privées à partir de 1991. Le PMSI a été lancé en France au milieu des années 1980 par de Kervasdoué, à l'époque directeur des hôpitaux. Il s'inspire largement du système américain en place et doit au départ permettre de mesurer l'activité des différents établissements, afin de pallier la situation d'infériorité informationnelle dans laquelle le gouvernement français se trouve (Moisdon, 2000) : le système devient par ce biais moins « *aveugle* » (Minvielle, 2009, p. 36). Il s'agit pour cela de se doter d'un modèle permettant d'appréhender le résultat, le « *produit* » issu de l'activité de l'établissement (Halgand, 2009, p. 427) : pour cela, le PMSI s'appuie sur des Groupes homogènes de malades (GHM) directement inspirés des Diagnosis Related Groups (ou encore DRGs) mis en place aux Etats-Unis à la fin des années 1960. Chaque

séjour de patient est ainsi classé par le biais du RSS⁵ (Résumé de sortie standardisé) dans l'un de ces GHM établis sur la base d'une double homogénéité, à la fois médicale (regroupement des pathologies similaires) et économique (mobilisation équivalente de ressources pour chaque pathologie d'un même GHM). Le volume d'activité d'un établissement peut alors être mesuré par son case-mix, qui correspond au nombre de séjours comptabilisés au sein de chaque GHM. Le projet reste pour autant très limité et ne connaîtra une réelle expansion qu'à partir du milieu des années 1990 (Lenay et Moisdon, 2003), nous le verrons par la suite, en devenant un véritable instrument de régulation (Lenay, 2001).

1.2.3. Un tournant dans la régulation du système : l'instauration d'un quasi-marché

Au préalable, il semble opportun de revenir sur le déploiement de nouveaux dispositifs, dans les années 1990, qui ont fortement impacté le secteur de la santé, aussi bien public que privé. En effet, les ordonnances Juppé de 1996 instaurent des quasi-marchés régionaux en créant des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH)⁶, placées en position d'acheteur de soins (Halgand, 2008). Avec ce nouveau système, les établissements doivent élaborer un projet d'établissement qui présente la stratégie de l'organisation pour cinq ans, en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)⁷. Celui-ci fait l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens (COM : on parle alors de « *contractualisation* ») avec l'ARH concernée. Le COM est lui-même encadré pour les

⁵ Le RSS fournit des informations sur chaque patient accueilli dans l'établissement (âge, sexe), sur le diagnostic et sur les actes principaux (médicaux ou chirurgicaux) réalisés pour tout séjour MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

⁶ Les ARH sont créées pour réguler l'ensemble du secteur hospitalier public et privé au niveau régional (Moisdon, 2000). Elle consiste en le regroupement des différentes instances jusqu'ici chargées de la régulation du secteur : la CRAM (Assurance maladie), la DRASS (qui planifie l'offre de soins), la DDASS (qui alloue les ressources entre les établissements) et l'Etat : on a donc, avec ces ARH, un rapprochement de la politique de planification et d'allocation des moyens (Denis et Valette, 2000) et le budget doit dans cette perspective être « *un outil d'aide à la mise en œuvre stratégique (incitations aux restructurations, sanctions en cas de non atteinte des objectifs)* » (id., p. 72).

⁷ Les SROS sont établis dans chaque région par le directeur de l'ARH pour 5 ans. Ils se substitueront en 2003 (Loi Hôpital 2007) à la carte sanitaire alors en place (de Kervasdoué, 2004). Les SROS explicitent les attentes des tutelles au niveau des réorganisations souhaitables sur 5 ans pour adapter l'offre de soins aux évolutions probables des besoins (Couty, 2009) (on parlera ici de « *planification* », de répartition géographique des activités) et en termes d'affectations de ressources qui doivent accompagner ces réorganisations (Denis et Valette, 2000) : l'objectif est ici de définir la répartition optimale des moyens (Lenay, 2001). Les contrats d'objectifs et de moyens (COM) sont les déclinaisons plus opérationnelles (au niveau des hôpitaux) des SROS. Par ces COM, sont établis des objectifs en matière de qualité et de quantité de soins mais aussi des prévisions en matière d'évolution correspondante des ressources (Lenay et Moisdon, 2000).

établissements privés par l'objectif quantifié national (OQN⁸), à partir duquel ils négocient l'enveloppe globale qui leur sera attribuée (Piovesan, 2003). Les ARH jouent ainsi un rôle essentiel dans la régulation des établissements (Denis et Valette, 2000) publics comme privés. Avec les ordonnances de 1996, est également créé l'ONDAM (objectif national des dépenses de l'assurance maladie), voté chaque année par le Parlement, et mis à la disposition des ARH pour orienter la politique d'allocation des ressources (Lenay et Moisdon, 2003).

Enfin, c'est à partir du milieu des années 1990, que le PMSI connaît un véritable essor : à la possibilité d'analyser l'activité des établissements, lui sont adjoints des indicateurs de consommation de ressources (Moisdon, 2000) appelés Points ISA (Indice synthétique d'activité). Le PMSI est alors en passe de devenir un réel outil de régulation (Lenay, 2001) puisqu'il permet de confronter l'activité ainsi mesurée à la consommation de ressources (Lenay et Moisdon, 2003). Pour chaque GHM, un coût moyen (mesuré en points ISA) est ainsi estimé⁹. Dès lors, on est capable d'analyser la productivité de chaque établissement, en rapportant les dépenses de celui-ci à sa production en points ISA (Lenay et Moisdon, 2000) mais aussi éventuellement de comparer les performances économiques des établissements entre eux¹⁰ (Moisdon, 2000) (par secteur public ou privé). Finalement, c'est en 1996-97 que l'outil est mobilisé pour la première fois dans le cadre de la procédure budgétaire¹¹ : les ARH s'appuient sur les informations fournies par l'outil pour calculer les dotations budgétaires par établissement (tentative notamment de rééquilibrage des ressources entre les régions mais aussi entre les établissements en identifiant ceux qui sont sur et sous-dotés).

⁸ L'OQN encadre l'évolution des dépenses du secteur privé (Piovesan, 2003). Notons que le financement des cliniques par le biais du prix de journée préfectoral est alors abandonné au profit d'un mécanisme de tarification par enveloppe globale (Bonniol et Hartmann, 1998).

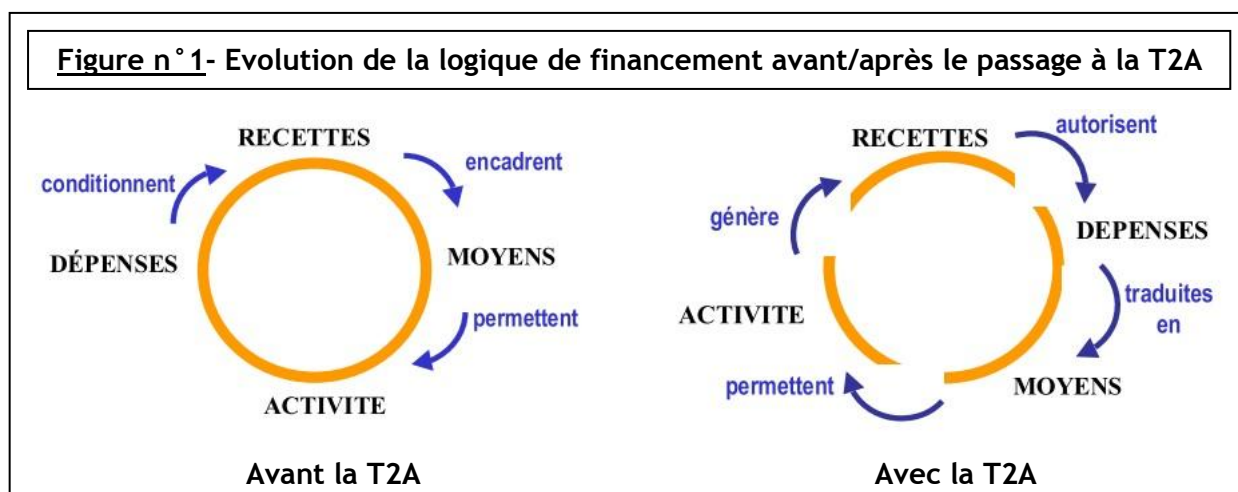
⁹ Ce coût moyen est calculé à partir de l'étude nationale de coûts (ENC) sur la base d'un échantillon d'établissements. Notons qu'il est difficile de comparer les coûts du public et du privé puisque, comme c'était le cas avec le tarif de journée, le salaire des médecins est inclus dans le calcul de coût des établissements publics, mais ne l'est pas dans le privé lucratif.

¹⁰ Ainsi, ce nouveau système a révélé des écarts très importants entre les établissements, par exemple qu'un hôpital ayant le même niveau d'activité qu'un autre pouvait consommer jusqu'à 3 fois plus de ressources (Moisdon, 2000).

¹¹ Il est aidé en cela de deux réformes réalisées en 1996 : d'abord l'instauration du Directeur de l'information médicale (DIM), un médecin chargé dans chaque établissement de recueillir les données d'activité, ensuite l'obligation pour tous les établissements de plus de cent lits de tenir les RSS pour l'ensemble de leurs patients.

1.2.4. Le PMSI comme outil de régulation : la mise en œuvre de la tarification à l'activité

En 2002-03, la mise en œuvre du Plan hôpital 2007 (poursuivi en 2007 par le Plan hôpital 2012) marque un profond bouleversement de la gestion hospitalière (de Kervasdoué, 2004). Le système de financement en place dans les établissements publics et privés¹² (dotation globale ou enveloppe globale) est progressivement abandonné au profit d'un système unique (qui vise l'équité entre les deux secteurs) : la tarification à la pathologie, ou plutôt à l'activité (T2A). La tarification s'effectue donc bien désormais¹³, pour le secteur MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), sur la base de l'activité réelle des établissements (et non plus sur ce qu'ils ont dépensé l'année précédente), par le biais des GHM et des coûts moyens qui leur sont associés. Le schéma ci-dessous synthétise très bien la transformation des modes de financement des établissements de santé qu'induit le passage à la T2A :



Source : « La tarification des établissements de santé. Rappel des enjeux, des modalités, des schémas cibles et transitoires ». Document réalisé par l'équipe de la MT2A sous la coordination de C. Andréoletti (2007)

Comme les autres réformes des modes de financement du secteur de la santé, le passage à la T2A a été vivement critiqué, en particulier par les médecins. Tandis que certains dénoncent un « système potentiellement inflationniste » (Grimaldi, 2008, p. 388), d'autres mettent en avant le risque de la « course à la productivité »¹⁴. Pour augmenter le volume d'activité, les établissements peuvent en effet être conduits à diminuer fortement

¹² Pour les cliniques privées, le changement réside alors dans le fait que les tarifs ne sont désormais plus négociables comme ils l'étaient jusqu'alors.

¹³ La T2A est appliquée aux cliniques privées à 100% dès 2005. Les autres établissements ont bénéficié d'une mise en œuvre progressive de la T2A entre 2004 et 2008 et ont ainsi dans un premier temps été financés sur la base d'un système mixte combinant T2A et dotation globale (Halgand, 2009).

¹⁴ Source : « Réforme hospitalière : une menace pour l'indépendance professionnelle ? », *Bulletin de l'ordre des médecins*, n°9, Novembre 2006

les durées de séjour et ainsi à augmenter le nombre d'admissions (on constate effectivement, depuis la mise en place de la T2A, une forte hausse de l'hôpital de jour ; les détracteurs de la T2A soulignent également le risque de sortie précoce des patients) ou à sur-coder certaines activités. Le risque est également de voir certains établissements pratiquer la sélection de patients « *T2A rentables* » (actes simples, techniques, entraînant une hospitalisation de courte durée) et en négliger par là les hospitalisations moins rentables (notamment les maladies chroniques). Sont également pointées les dérives potentielles en matière de qualité : le système, ne mesurant pas la qualité du service rendu (Minvielle, 2009) et incitant à la productivité, engendre un risque de « *sacrifice* » de la qualité pour diminuer les coûts (Duhamel et Minvielle, 2009, p. 311-312). Enfin, Moisdon et Pépin (2010) montrent que le rôle incitatif de la T2A reste encore limité sur l'organisation interne des établissements (ils recensent toutefois certains impacts : développement d'une instrumentation gestionnaire favorisant une analyse locale de l'activité (tableaux de bord, indicateurs...), réorganisation du travail et des lieux...) notamment sur les processus d'activités médicales et soignantes. Les auteurs expliquent ce constat par la complexité de l'outil (les acteurs hospitaliers ne disposent pas toujours des connaissances gestionnaires suffisantes pour maîtriser le dispositif) mais aussi par l'instabilité des règles de la T2A, les tarifs applicables étant révisés chaque année.

C'est dans cette perspective que la loi « Hôpital, patient, santé, territoires » (HPST) de 2009 est instaurée, afin de poursuivre la « *modernisation* » (Claveranne *et al.*, 2009) initiée par le Plan hôpital 2007 (annoncé en 2003) puis 2012 (annoncé en 2007) : elle donne lieu à une nouvelle gouvernance hospitalière¹⁵ mais surtout à la création des Agences régionales de santé (ARS) en lieu et place des ARH. Les ARS doivent avant tout permettre de clarifier le système de régulation du secteur puisqu'elles constituent un interlocuteur régional unique pour les établissements à travers le regroupement des sept organismes jusqu'ici en charge des politiques de santé (dont les ARH).

1.3. Préoccupations en matière de qualité et de sécurité des soins : la certification hospitalière

Depuis une vingtaine d'années, l'Etat français s'est donc attaché à réduire les dépenses des établissements de santé à travers la mise en œuvre de nombreux instruments

¹⁵ Le Plan hôpital 2007 puis la loi HPST mettent également en place une nouvelle gouvernance (découpage en pôles d'activité, refonte du conseil d'administration en conseil de surveillance et création d'un conseil exécutif, renforcement des missions de la commission médicale d'établissement (CME), association des praticiens à la gestion de l'établissement, etc.). Nous ne revenons pas ici sur ce point qui ne concerne pas les établissements de santé privés qui font l'objet de notre recherche.

gestionnaires. Toutefois, plusieurs auteurs signalent que cette démarche de rationalisation appelle à réaliser des arbitrages entre différents objectifs. Couty (2009) montre par exemple que les réformes menées par le gouvernement ces dernières années visent à la fois à adapter l'offre de soins aux besoins en matière d'accès aux soins (un objectif qui se traduit par une politique de planification, nous l'avons vu précédemment), à maîtriser les coûts (modifications dans le système de financement afin d'identifier les établissements sur-dotés, lutte contre le gaspillage...), mais également à promouvoir l'excellence en matière de qualité et de sécurité des soins¹⁶. Effectivement, l'activité des établissements de santé compose avec des vies humaines : la qualité à l'hôpital touche à la notion de risque clinique, or, « *la qualité relative au risque clinique ne souffre, au moins théoriquement, d'aucun compromis* » (Minvielle, 2003, p. 181). Les politiques de régulation du système de santé ne peuvent dès lors négliger la question de la qualité et de la sécurité des soins : la maîtrise des dépenses doit s'accompagner d'une politique qualité adaptée. C'est ce dernier point que nous nous proposons ici d'examiner.

En sus des normes comptables, la politique de régulation du secteur de la santé s'est traduite par l'établissement de normes de qualité par l'Etat français (Loriol, 2004). Ainsi, l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) est créée en 1990 afin de mettre en place des programmes d'assurance qualité. Par la suite, les ordonnances Juppé de 1996 donnent naissance à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en lieu et place de l'ANDEM et rendent obligatoire l'accréditation hospitalière : les établissements disposent alors de cinq ans pour s'engager dans une procédure d'accréditation menée par l'ANAES. A partir de 2002-03, avec le Plan Hôpital 2007, on parlera de certification plutôt que d'accréditation. Celle-ci est désormais délivrée par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui remplace l'ANAES. La certification fait partie intégrante du COM dont nous avons fait état au préalable : les résultats de la démarche sont pris en compte dans le COM. Les différents champs couverts par la politique de certification sont présentés à la page suivante :

¹⁶ Or, ces objectifs sont parfois contradictoires. Lavigne (2009) montre par exemple que des établissements considérés comme non rentables par rapport à la politique de réduction des coûts sont pourtant reconnus nécessaires dans le cadre du SROS.

Tableau n° 2 - Sommaire du manuel de certification (V2010)

Avant-propos	3	Référence 5	Le système d'information	25
Introduction	4	Critère 5.a	Système d'information	25
Sommaire	10	Critère 5.b	Sécurité du système d'information	25
		Critère 5.c	Gestion documentaire	25
CHAPITRE 1	MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	12		
Partie 1	Management stratégique	13		
Référence 1	La stratégie de l'établissement	13	Référence 6	La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures
Critère 1.a	Valeurs, missions et stratégie de l'établissement	13	Critère 6.a	Sécurité des biens et des personnes
Critère 1.b	Engagement dans le développement durable	14	Critère 6.b	Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)
Critère 1.c	Démarche éthique	15	Critère 6.c	Qualité de la restauration
Critère 1.d	Politique des droits des patients	16	Critère 6.d	Gestion du linge
Critère 1.e	Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	16	Critère 6.e	Fonction transport des patients
 Critère 1.f	Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	17	Critère 6.f	Achats écoresponsables et approvisionnements
Critère 1.g	Développement d'une culture qualité et sécurité	18	Référence 7	La qualité et la sécurité de l'environnement
Référence 2	L'organisation et les modalités de pilotage interne	19	Critère 7.a	Gestion de l'eau
Critère 2.a	Direction et encadrement des secteurs d'activité	19	Critère 7.b	Gestion de l'air
Critère 2.b	Implication des usagers, de leurs représentants et des associations	19	Critère 7.c	Gestion de l'énergie
Critère 2.c	Fonctionnement des instances	20	Critère 7.d	Hygiène des locaux
Critère 2.d	Dialogue social et implication des personnels	20	Critère 7.e	Gestion des déchets
 Critère 2.e	Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement	21		
Partie 2	Management des ressources	22	Partie 3	Management de la qualité et de la sécurité des soins
Référence 3	La gestion des ressources humaines	22	32	
Critère 3.a	Management des emplois et des compétences	22	Référence 8	Le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques
Critère 3.b	Intégration des nouveaux arrivants	22	Critère 8.a	Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins
Critère 3.c	Santé et sécurité au travail	23	 Critère 8.b	Fonction "gestion des risques"
Critère 3.d	Qualité de vie au travail	23	Critère 8.c	Obligations légales et réglementaires
Référence 4	La gestion des ressources financières	24	Critère 8.d	Évaluation des risques <i>a priori</i>
Critère 4.a	Gestion budgétaire	24	 Critère 8.e	Gestion de crise
Critère 4.b	Amélioration de l'efficacité	24	 Critère 8.f	Gestion des événements indésirables
			 Critère 8.g	Maîtrise du risque infectieux
			 Critère 8.h	Bon usage des antibiotiques
			Critère 8.i	Vigilances et veille sanitaire
			Critère 8.j	Maîtrise du risque transfusionnel
			Critère 8.k	Gestion des équipements biomédicaux
Référence 9	La gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers	40	Référence 19	Les prises en charge particulières
 Critère 9.a	Système de gestion des plaintes et réclamations	40	Critère 19.a	Populations nécessitant une prise en charge particulière
Critère 9.b	Évaluation de la satisfaction des usagers	40	 Critère 19.b	Troubles de l'état nutritionnel
			Critère 19.c	Risque suicidaire
			Critère 19.d	Hospitalisation sans consentement
CHAPITRE 2	PRISE EN CHARGE DU PATIENT	41	Référence 20	La prise en charge médicamenteuse
Partie 1	Droits et place des patients	42	 Critère 20.a	Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient
Référence 10	La bientraitance et les droits	42	Critère 20.b	Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé
Critère 10.a	Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance	42	Référence 21	La prise en charge des analyses de biologie médicale
Critère 10.b	Respect de la dignité et de l'intimité du patient	43	Critère 21.a	Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats
Critère 10.c	Respect de la confidentialité des informations relatives au patient	43	Critère 21.b	Démarche qualité en laboratoire
Critère 10.d	Accueil et accompagnement de l'entourage	44	Référence 22	La prise en charge des examens d'imagerie
Critère 10.e	Gestion des mesures de restriction de liberté	44	Critère 22.a	Demande d'examen et transmission des résultats
Référence 11	L'information, la participation et le consentement du patient	45	Critère 22.b	Démarche qualité en service d'imagerie
Critère 11.a	Information du patient sur son état de santé et les soins proposés	45	Référence 23	L'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage
Critère 11.b	Consentement et participation du patient	46	Critère 23.a	Éducation thérapeutique du patient
Critère 11.c	Information du patient en cas de dommage lié aux soins	46	Référence 24	La sortie du patient
 Référence 12	La prise en charge de la douleur	47	 Critère 24.a	Sortie du patient
 Critère 12.a	Prise en charge de la douleur	47		
Référence 13	La fin de vie	48	Partie 4	Prises en charge spécifiques
 Critère 13.a	Prise en charge et droits des patients en fin de vie	48	63	
Partie 2	Gestion des données du patient	49	Référence 25	La prise en charge dans le service des urgences
 Référence 14	Le dossier du patient	49	 Critère 25.a	Prise en charge des urgences et des soins non programmés
 Critère 14.a	Gestion du dossier du patient	49	Référence 26	Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle
 Critère 14.b	Accès du patient à son dossier	49	 Critère 26.a	Organisation du bloc opératoire
Référence 15	L'identification du patient	50	Critère 26.b	Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur
 Critère 15.a	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	50	Critère 26.c	Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique
Partie 3	Parcours du patient	50	Référence 27	Les activités de soins de suite et de réadaptation
Référence 16	L'accueil du patient	50	Critère 27.a	Activités de soins de suite et de réadaptation
Critère 16.a	Dispositif d'accueil du patient	50	Partie 5	Évaluation des pratiques professionnelles
Référence 17	L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisés	51	68	
Critère 17.a	Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisés	51	Référence 28	L'évaluation des pratiques professionnelles
Référence 18	La continuité et la coordination des soins	52	Critère 28.a	Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
Critère 18.a	Continuité et coordination de la prise en charge des patients	52	Critère 28.b	Pertinence des soins
Critère 18.b	Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement	52	 Critère 28.c	Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique



Bibliographie et liens Internet

Sigles utilisés

Index

Lexique

Remerciements

	Pratiques exigibles prioritaires
	Indicateurs disponibles

On le voit dans l'extrait précédent, la certification porte une attention particulière au patient et à sa prise en charge, mais aussi au management de l'établissement : l'organisation est examinée au même titre que les pratiques professionnelles¹⁷ par la certification hospitalière. L'extrait met par ailleurs en évidence l'existence de pratiques exigibles prioritaires (PEP) parmi lesquelles on trouvera la question de la gestion des risques et des événements indésirables, celle de la prise en charge des urgences non programmées et celle de l'organisation du bloc opératoire¹⁸, questions que nous plaçons au cœur de la thèse. C'est à l'aide d'indicateurs (on le voit dans l'extrait précédent), de référentiels portant sur les procédures, mais aussi en étudiant les résultats¹⁹ des différents services qu'est évaluée la qualité des soins.

La démarche repose sur deux phases : la formalisation et l'évaluation. Dans un premier temps, les acteurs s'engagent dans un important travail de protocolisation (Loriol, 2004) du travail de soins, afin de le rendre contrôlable²⁰. Dans un second temps, l'établissement est audité et cette évaluation peut donner lieu à l'émission de recommandations ou de réserves de la part de la HAS. Avec la certification, la performance d'un établissement n'est donc pas examinée seulement en matière de coûts : la qualité fait partie intégrante de la performance hospitalière (Minvielle, 2003). Toutefois, plus qu'un simple contrôle externe, la démarche d'accréditation ou de certification hospitalière se veut constituer un véritable levier de changement (Halgand, 2003) : elle vise à évaluer mais surtout à améliorer la qualité et la sécurité des soins dispensés par les établissements de santé. Comme Fraisse *et al.* (2003) l'écrivent : « *L'accréditation est (...) présentée comme un outil de changement dans les établissements de santé, par la « qualité totale ».* En fixant

¹⁷ Notons ici l'importance de l'Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans la démarche de certification (voir p. 68-70 du manuel de certification V2010)

¹⁸ La certification hospitalière s'accompagne sur ces aspects d'une check-list « *sécurité du patient au bloc opératoire* » qui liste un certain nombre de point (on parlera de « *standards sécurité* ») que les personnels du bloc doivent vérifier oralement lors de trois étapes (vérification croisée) : avant l'anesthésie (contrôle de l'identité, de la nature de l'intervention, du site opératoire, évaluation des risques allergiques...), avant l'intervention (les mêmes points que précédemment sont à nouveaux contrôlés ; les événements critiques sont anticipés) puis avant que le patient ne quitte la salle d'opération (décompte des instruments et compresses). Cette check-list est exigible auprès des établissements de santé depuis le 1^{er} janvier 2010, dans le cadre de la démarche de certification.

¹⁹ On examine ici l'efficacité clinique (taux de mortalité et de morbidité), le point de vue des patients mais aussi la sécurité de sa prise en charge (infections nosocomiales notamment) (Duhamel et Minvielle, 2009).

²⁰ Les établissements, à travers cette démarche de certification, sont donc conduits à rendre leurs pratiques plus transparentes vis-à-vis de l'extérieur (ici d'un auditeur) (Halgand, 2003). Cet outil est donc bien un complément du PMSI qui, rappelons-le, doit permettre de fournir des informations sur l'activité réelle des établissements.

à chacun, quelle que soit sa place dans l'établissement, l'objectif inattaquable de l'amélioration de la qualité, l'accréditation est censée produire de l'action collective allant dans le sens d'une plus grande « rationalisation » des comportements (...) et d'une plus grande participation de tous » (p. 156). La politique qualité doit favoriser les apprentissages : elle permet un retour réflexif sur l'organisation et les pratiques des professionnels (Jolivet, 2011). Elle est tournée vers l'amélioration continue (Minvielle, 2003), à travers la mise en place d'actions correctrices (Minvielle et Kimberly, 2000). L'accent est particulièrement mis sur la communication entre les acteurs et le management participatif est placé au cœur de la démarche. Reverdy et Vinck (2003) parlent à ce titre de « *rationalisation négociée de l'organisation*²¹ » pour montrer que la certification est, davantage qu'une nouvelle forme de prescription qui s'imposerait aux soignants, un outil de gestion qui favorise la mise en débat et la confrontation des normes professionnelles, afin d'améliorer les pratiques et l'organisation²². Dans cette perspective, l'étude sur la qualité à l'hôpital menée par Herreros et Milly (2006) révèle l'importance des lieux et des temps collectifs de discussion, de controverse, de réflexion entre professionnels et sur l'activité (non uniquement focalisées sur la qualité, d'ailleurs) pour pérenniser les démarches qualité.

La certification hospitalière est toutefois sujette à de nombreuses critiques, notamment de la part des professionnels de santé : la démarche qualité étant combinée à une politique de réduction des coûts, nous l'avons vu, ces derniers ont parfois des difficultés à identifier ce qui relève d'une réelle volonté d'améliorer la qualité et ce qui relève d'une démarche d'économie des ressources (Minvielle, 2003). Effectivement, la justification par le coût dans le domaine de la santé est extrêmement controversée et impopulaire, et l'Etat use parfois de l'argument qualité pour faire fermer des établissements (Tonneau, 2000). A *contrario*, les professionnels de santé, mais aussi le management des établissements hospitaliers, ont recours à cet argument pour se justifier face à l'identification par les tutelles de coûts importants (*id.*) : la qualité tient alors de l'« *alibi* », du « *garde-fou* » (Duhamel et Minvielle, 2009, p. 307). En réalité, la notion de « *qualité* » cache de nettes différences de perception entre pouvoir public, management et professionnels de santé (Tonneau, 2000 ; Fraisse *et al.*, 2003 ; Claveranne *et al.*, 2003) : Herreros et Milly

²¹ Les démarches qualité sont ainsi souvent décrites dans un rapport dialectique entre formalisation (procédures) et logique de coopération (Herreros et Milly, 2006), entre conception normalisatrice et approche participative (Detchessahar, 2003).

²² Pascal (2003) rappelle toutefois que les démarches de certification mettent l'accent sur la conformité de l'établissement à des référentiels externes dont la validité ne peut être remise en cause : les échanges induits par les démarches qualité sont ainsi contraints sur cet aspect.

(2006) parlent sur cet aspect de « *visions indigènes de la qualité, plurielles et cloisonnées professionnellement* » (p. 4). Ainsi, pour les managers, la qualité est atteinte lorsque les professionnels se conforment aux procédures et aux protocoles. La qualité est alors un moyen d'optimiser l'allocation de ressources puisque politique qualité et système de financement sont aujourd'hui liés l'un à l'autre (avec le COM). Pour les décideurs publics, la qualité est mise en balance avec les dépenses de chaque établissement : les coûts ne peuvent être diminués tant que les pouvoirs publics n'ont pas fixé un seuil minimal de qualité (Kimberley et Minvielle, 2000). Les politiques visent alors « *l'efficience* » c'est-à-dire la recherche du « *meilleur niveau de qualité au moindre coût* » (Manuel de certification HAS v2010, p. 24). Pour les médecins, la qualité repose surtout sur un bon diagnostic et de bonnes pratiques thérapeutiques. Enfin, pour les soignants, cette notion est liée avant tout au patient (sécurité, satisfaction, confort...) et aux aspects relationnels dans les soins apportés aux malades (Claveranne *et al.*, 2003).

Par ailleurs, il est souvent reproché aux démarches qualité le fait qu'elles peinent à atteindre le travail réel²³, un travail fait, à l'hôpital, d'ajustements entre les acteurs, face à une activité toujours singulière (Minvielle, 2003) - nous y reviendrons par la suite - et avec une part relationnelle importante à l'égard du patient, dont les procédures ne parviennent pas toujours à tenir compte²⁴. La démarche qualité relève alors aux yeux des soignants d'une mise en scène ou d'une mascarade, davantage que d'une réelle volonté de la part du management de faire évoluer les pratiques. Ils dénoncent dans cette perspective les « *comportements de bachotage* » et « *d'affichage* » (Herreros et Milly, 2006, p. 22) auxquels ils sont incités à se livrer le jour de l'évaluation afin de laisser penser à l'auditeur que l'établissement respecte scrupuleusement les procédures et protocoles formalisés dans le cadre de la certification. Face au caractère artificiel de ces démarches qui ne servent finalement pas aux yeux des professionnels la qualité des soins telle qu'ils la conçoivent, l'investissement supplémentaire qu'on exige d'eux dans ce cadre est d'autant plus difficile à concéder : les soignants dénoncent alors l'augmentation de la charge administrative et la perte de temps qui en résulte dans leur travail (Loriol, 2004) et qui conduit à un sentiment d'intensification du travail (Acker, 2005).

²³ Jolivet (2011) montre sur ce point que les acteurs sont conduits, dans les réunions de certification, à réaliser un important « *travail d'organisation* » (de Terssac et Lalande, 2002), d'ajustement, de négociation afin d'appliquer localement l'approche globale de la qualité portée par le manuel.

²⁴ Effectivement, le temps investi dans l'écoute et l'accompagnement du patient est un temps qui ne peut être prédéfini (Acker, 2005) : il est largement tributaire des circonstances et des besoins du patient et de son entourage.

1.4. La logique sous-jacente à ces réformes : la standardisation de l'activité

Ces différentes réformes, en matière de financement du secteur de la santé (Claveranne et al., 2009), mais aussi en matière de qualité et de sécurité des soins (Halgand, 2003) ont notamment pour origine le courant du Nouveau Management Public (ou *New Public Management*, NPM) sur lequel nous nous proposons ici de revenir brièvement afin de mettre au jour la logique sous-jacente à ces réformes. Nous pourrions alors, dans une seconde partie, étudier la façon dont ces réformes impactent l'organisation interne des établissements de santé et tâcher par là d'ouvrir la « *boîte noire* » (Lenay et Moisdon, 2003, p. 137 ; Moisdon, 2000, p. 39) que constituent ces établissements.

Les principes du NPM se sont diffusés à partir des années 1980 dans l'ensemble des pays de l'OCDE et plusieurs pays en développement, confrontés à un déficit budgétaire et un endettement important (Amar et Berthier, 2006). La France n'a, sur cet aspect, pas été épargnée. Le NPM se caractérise par l'importation dans le secteur public (ici celui de la santé mais ce n'est pas le seul secteur concerné par le NPM) de méthodes de management du secteur privé (Amar et Berthier, 2006 ; Claveranne et al., 2009), et notamment de l'industrie (Minvielle, 1996 ; de Kervasdoué, 2004). Nous qualifierons dès lors et à ce titre ce phénomène d'« industrialisation des soins »²⁵. L'objectif est d'encadrer, voire de réduire les coûts, en tout cas de rationaliser le secteur public (Watkins et Arrington, 2007) dont l'organisation est jugée inefficace, bureaucratique, rigide et surtout trop coûteuse (Amar et Berthier, 2006). Les grands principes du NPM peuvent être résumés à partir du tableau ci-dessous :

Tableau n°3 - Les grands principes du NPM

Retour en force du management	Redonner au management des marges de manœuvre dans l'organisation ; importation des méthodes et outils de gestion du secteur privé et recours à la contractualisation ; définition précise des responsabilités
Gestion par les résultats	Notion de performance au cœur du NPM ; accent mis sur les résultats, sur les buts, davantage que sur les règles et les procédures ; des standards et critères de performance sont établis ; importance donnée à l'évaluation
Déconcentration et	Logique de pôles ; décentralisation du pouvoir ;

²⁵ Déjà, en 1981, de Kervasdoué et al. écrivaient que l'application de méthodes modernes de gestion « a pour première conséquence de faire de l'hôpital une industrie comme les autres, en rationalisant, en procédant autant que possible de façon routinière » (p. 238).

décentralisation	importance donnée au management participatif et au travail d'équipe
Mise en concurrence	Mise en concurrence entre les établissements pour réduire les coûts et améliorer la performance : préférence pour les mécanismes du marché
Orientation client	Volonté de répondre aux attentes des usagers à qui l'on accorde le statut de client ; plus de pouvoir leur est conféré

Source : d'après Detchessahar et al. (2009, p. 314), Amar et Berthier (2006, p. 4), Hood (1991, p. 4-5), Halgand (2009, p. 426)

Nous retiendrons de ce tableau un principe essentiel du NPM : la nécessité de redonner des marges de manœuvre aux gestionnaires (Amar et Berthier, 2006 ; Claveranne *et al.*, 2009), c'est-à-dire dans notre cas, à la fois aux pouvoirs publics et au management des différents établissements. Et il s'agit ici notamment de redonner à ces acteurs du pouvoir face aux médecins afin de mener à bien ces politiques de régulation (Halgand, 2003 ; Fraisse *et al.*, 2003).

En effet, les établissements de santé ont à maintes reprises été désignés comme des organisations dans lesquelles s'observent d'importants conflits de pouvoir entre management et corps médical. Dumont (2003), par exemple, montre que logique gestionnaire et médicale et/ou soignante s'opposent en termes d'attitudes, de valeurs et de finalités. Ainsi, écrit-il que « *la course à la productivité (...) n'a (...) guère de sens face à la question de la vie et de la mort* » (p. 80) et que l'optimisation des ressources visée par le management ne peut constituer une fin en soi tandis que « *soigner engage dans un combat contre la maladie et pour la dignité des personnes qui constitue une cause qui se suffit à elle-même, qui possède en elle sa légitimité, sa fin et son sens* » (p. 72-73). Ce constat amène finalement l'auteur à souligner le « *divorce de valeurs* » (p. 74) entre management et professionnels de santé à l'hôpital. Management et corps médical peuvent ainsi se confronter, le risque étant que les premiers se concentrent sur les aspects financiers et en oublient par là les exigences de fonctionnement tandis que les seconds, se focalisant sur l'activité médicale, en délaissent les contraintes budgétaires (Heddad et Lautier, 2000). Pourtant, ces deux mondes (Glouberman et Mintzberg, 2001) sont nécessairement amenés à coopérer. D'une part, les professionnels de santé sont dépendants du management qui gère les ressources dont ils ont besoin pour travailler. D'autre part, les managers dépendent des médecins et des soignants dans leur mission de gestion ou plutôt, aujourd'hui et compte-tenu des réformes actuelles, d'optimisation de

l'usage des ressources : ce sont les médecins qui établissent les diagnostics, prescrivent les actes puis les réalisent conjointement avec les soignants ; ce sont donc eux qui définissent les ressources nécessaires pour chaque prise en charge puis qui mobilisent ces ressources.

C'est dans cette perspective qu'il nous faut entendre les politiques de régulation mises en œuvre ces dernières années dans le secteur public et privé de la santé, et dont nous avons dressé un bref état des lieux dans la partie précédente. Celles-ci poursuivent ainsi deux objectifs simultanément :

(1) Récupérer des informations sur l'activité des établissements hospitaliers. Par exemple, l'accréditation, en développant des standards de bonnes pratiques, va permettre de « *rendre visible et déchiffrable ce qui jusqu'alors n'était pas accessible aux gestionnaires* » (Halgand, 2003, p. 277). L'Etat, mais aussi le management hospitalier, se trouvent en effet confrontés à une véritable difficulté dans cette tentative de maîtrise des dépenses puisqu'ils ne disposent pas des informations nécessaires pour s'atteler à cette tâche : comme le montre de Pouvourville (2009), seuls les médecins connaissent l'utilisation qu'ils font des ressources allouées par le management. Les auteurs travaillant sur la question de la régulation du secteur ont ainsi fréquemment recours à la théorie de l'agence pour expliquer ce phénomène d'asymétrie d'information²⁶ (voir à ce sujet : Lenay, 2001 ; Lenay et Moisdon, 2003).

(2) Mais surtout, parvenir à contrôler, à structurer, voire même à contraindre les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne de façon à optimiser l'usage des ressources dont ils ont la charge. Les acteurs de la régulation (Etat et management hospitalier à un niveau micro) font en effet face à un véritable « *empêchement de gérer* » pour reprendre l'expression de Moisdon (2000, p. 32) : ils tentent de réguler une activité sur laquelle ils n'ont pas les informations mais surtout sur laquelle ils n'ont finalement que peu de prises, le processus de production de soins étant défini par les professionnels de santé sans que le management ne puisse intervenir. L'hôpital est alors appréhendé comme une bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1982) où le management est au service du centre opérationnel constitué par le corps médical, en ayant pour mission de lui apporter les moyens d'exercer son art (Dumont, 2003). Le pouvoir se situe jusqu'ici entre les mains du praticien qui tire sa légitimité du savoir médical qu'il détient (Kervasdoué, 2004). Par

²⁶ Lenay et Moisdon (2003) et Moisdon (2000) montrent en réalité que le système se caractérise davantage par une « *symétrie de non information* » : si le management hospitalier ne dispose pas d'informations sur l'activité réelle, les médecins ont quant à eux des difficultés à relier le processus de production aux consommations de ressources.

ailleurs, le management n'a que peu d'autorité sur les médecins dont l'indépendance est légalement instituée dans l'exercice de leur métier (Claveranne *et al.*, 2009).

C'est dans ce contexte particulier de distribution des pouvoirs qu'il nous faut replacer le déploiement des instruments de gestion décrits dans la section précédente. Face à cet « *empêchement de gérer* », l'Etat, sous l'influence du système américain, va faire le choix de la standardisation des pratiques (Samuel *et al.*, 2005) afin d'en limiter la variabilité. D'une part, l'outil doit permettre une forme de standardisation des connaissances médicales, détachant ainsi celles-ci de ceux qui la détenaient jusqu'ici : les médecins (*id.*). Par le PMSI notamment, l'Etat est désormais en mesure de récupérer des informations sur l'activité réelle des établissements de santé. D'autre part, les acteurs de la régulation cherchent par là à contraindre les décisions et actions du corps médical, afin de les orienter vers cette perspective d'efficacité, à présent au cœur du système (Dumont, 2003 ; Samuel *et al.*, 2005). Ainsi, Lapointe *et al.* (2000) montrent que la mise en œuvre des GHM (ou des DRGs aux Etats-Unis) participe bien de ce processus de standardisation des pratiques en identifiant des types (« *typification* ») de cas pour lesquels sont ensuite définis de manière homogène un traitement, une durée de séjours et des moyens. La certification hospitalière s'inscrit elle aussi dans cette logique : en établissant des normes, à travers la protocolisation du travail (Loriol, 2004), elle développe des outils de standardisation du travail (Fraisie *et al.*, 2003).

*

Nos propos nous ont conduite à dresser un rapide panorama des réformes mises en place dans le secteur de la santé depuis une vingtaine d'années. Nous avons vu que l'Etat, cherchant à maîtriser les dépenses du système jugées excessives, s'est également attaché à réguler la qualité des soins dispensés par les établissements. Ces réformes, inspirées du NPM, visent finalement à standardiser les pratiques. Elles consistent particulièrement en l'importation, dans le système de santé, de méthodes et d'outils de gestion tirés du secteur privé, et notamment de l'industrie (Minvielle, 1996). Le phénomène dont il est ici question peut alors s'apparenter à une véritable tentative d'« industrialisation des soins ». Toutefois, ce n'est pas tant la nature et la forme que prennent ces réformes à un niveau macro que la thèse cherche à examiner, mais plutôt leurs impacts, à un niveau micro, sur l'organisation des soins. Notre propos nous conduira ainsi, dans une perspective gestionnaire (Minvielle, 2009), à ouvrir la « *boîte noire* » (Lenay et Moisdon, 2003, p. 137 ; Moisdon, 2000, p. 39) des établissements de santé. Il s'agira d'étudier la façon dont l'organisation interne de ces établissements se trouve transformée par ces réformes. Dans la prochaine partie, nous analyserons notamment la façon dont la mutation du système de

santé décrite dans cette première section, renouvelle les problématiques managériales centrales à l'hôpital : la question de la coordination des soins et celle de la gestion des aléas inhérents à la prise en charge du patient.

2. LE « *TOURNANT GESTIONNAIRE* » DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : LA COORDINATION ET LA GESTION DE L'ÉVÉNEMENT AU CŒUR DE LA PERFORMANCE

Dans cette section, nous nous proposons d'interroger, à partir d'un ancrage plus micro, les conséquences de ce phénomène d'industrialisation des soins présenté au préalable sur l'organisation interne des établissements de santé. Nous présenterons dans un premier temps les différentes transformations de l'organisation induites par ces réformes (restructurations, nouveaux dispositifs gestionnaires), particulièrement dans les cliniques privées (2.1). Dans un second temps, nous verrons que ce « *tournant gestionnaire* » (Detchessahar et Grevin, 2009) fait ressortir deux problématiques majeures inhérentes à l'activité de soins, celle de la coordination (2.2.) et de la gestion de l'aléa (2.3).

2.1. Conséquences de l'industrialisation des soins : le « *tournant gestionnaire* » des établissements de santé

La thèse doit donc permettre d'ouvrir cette « *boîte noire* » que les réformes décrites précédemment ne cherchent pas à pénétrer. L'information fournie par le PMSI aux tutelles locales est en effet extrêmement synthétique et constitue surtout un critère d'évaluation simple en matière d'allocation des ressources (Moisdon, 2000). L'analyse plus fine de la performance est laissée à la responsabilité de chaque établissement incité à prendre les mesures nécessaires afin de respecter la dotation accordée par l'Etat. Les réformes du secteur de la santé visent alors à « *l'élaboration (...) de nouvelles doctrines, méthodes et instrumentations en matière de gestion, et prenant en compte l'activité médicale* » (*id.*, p. 40) : on assiste ainsi à un véritable tournant gestionnaire des établissements de santé.

En effet, les réformes déployées, et notamment le PMSI, conduisent à une mise en concurrence des établissements (Lenay, 2001). C'est, nous l'avons vu, un des principes du NPM : avec les nouveaux modes de régulation du secteur de la santé, une concurrence se met en place entre les établissements sur l'allocation des ressources. Mais au-delà, l'instrumentation gestionnaire génère une forme de concurrence en ce qu'elle permet la comparaison entre les établissements (plus grande transparence des pratiques, fixation de critères et standards) en matière de qualité (Halgand, 2003 ; Minvielle, 2003) mais aussi de gestion comptable et financière. Nous avons également fait état, dans la première partie, de la logique sous-jacente portée par ces différentes réformes, celle de la standardisation des soins et de l'implémentation de méthodes traditionnellement utilisées dans le secteur

privé (NPM), un constat qui nous a conduits à qualifier le phénomène d'« industrialisation des soins ». Enfin, nous avons montré que ces réformes cherchent à rendre les établissements de santé responsables de leur gestion (Lenay, 2001) en les incitant à s'engager dans une démarche de rationalisation : dans cette perspective, des fonds sont mis à la disposition des ARH par l'Etat entre 1998 et 2000 pour soutenir financièrement des actions de recomposition ou de réorganisation en interne (Couty, 2009). On peut par exemple citer le FMCP, un fond de modernisation à destination des cliniques privées. Par ailleurs, avec le Plan hôpital 2007, est créée la MeaH (Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers), un organisme qui doit aider les établissements à améliorer leur organisation interne (en matière de qualité, d'efficience et de conditions de travail) et qui sera absorbé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) qui voit le jour en 2009 avec la loi HPST.

Compte-tenu de ces considérations, les réformes mises en place à un niveau macro ne sont pas sans effet sur l'organisation interne des établissements de santé qu'ils soient publics ou privés. Le modèle d'affaire de ces établissements est en réalité profondément bouleversé et les restructurations, souvent qualifiées de « *restructurations industrielles* » (Piovesan, 2003), s'accroissent du fait des réformes en place (Couty, 2009). Les établissements sont notamment incités à la recherche d'économies d'échelle et on assiste dans cette perspective à bon nombre de fusions (Raveyre et Ughetto, 2003), notamment pour les cliniques privées (Piovesan, 2003²⁷). Certains sites se voient également contraints de fermer et des activités sont arrêtées tandis que d'autres sont regroupées²⁸. On observe également des fermetures de lits. Les dépenses en matière de personnels sont par ailleurs comprimées²⁹ (Tonneau, 1998). En outre, des mouvements d'externalisation ou de sous-traitance (Piovesan, 2003) voient le jour, notamment sur les fonctions logistiques (buanderie, entretien...). Ces restructurations sont particulièrement importantes pour les cliniques privées (*id.*) où le nombre de lits et le nombre d'établissements diminuent plus

²⁷ L'auteur montre sur cet aspect que les opérations de croissance externes sont le mode de développement privilégié des cliniques privées.

²⁸ Les raisons invoquées face à l'arrêt d'une activité ou la fermeture d'un site tiennent tout autant à la qualité qu'à des problématiques de rentabilité financière : par exemple, le centre national de la chirurgie stipule que les établissements réalisant moins de 2000 actes chirurgicaux / an ne permettent pas d'assurer la qualité et la sécurité des soins chirurgicaux tandis qu'en matière de coûts, la Fédération Hospitalière de France (FHF) estime que l'exploitation d'une activité chirurgicale n'est équilibrée que si l'établissement réalise un minimum de 4000 actes chirurgicaux par an (Couty, 2009).

²⁹ Les frais de personnels représentant le premier poste de dépenses dans les établissements de santé (soit 50 % des charges d'exploitation des cliniques privées, selon Piovesan (2003, p. 238)).

fortement que dans le public. Piovesan (2003) souligne par ailleurs l'ampleur des phénomènes de spécialisation des cliniques privées, notamment sur l'activité chirurgicale.

Parallèlement à ces restructurations, on assiste en interne au déploiement de toute une instrumentation gestionnaire d'essence industrielle, tournée vers la performance et l'optimisation du système. La division du travail s'accroît, accompagnée d'une stricte « *procéduralisation* » des tâches (Pascal, 2003, p. 193). Certaines fonctions sont réorganisées pour faire davantage correspondre rémunération et niveau de qualification (Lapointe *et al.*, 2000). Une vague d'informatisation se déploie par ailleurs dans les établissements de santé pour répondre à des enjeux de coordination, de transparence, tout autant que de traçabilité des actes. Un nouveau vocable émerge également dans les collectifs de travail qui emploient désormais des notions jusqu'alors inconnues telles que « *démarche qualité* », « *contrôle qualité* » (Fraisie *et al.* 2003), ou encore « *flexibilité* » et « *efficience* » (Amar et Berthier, 2006). La rationalisation interne des établissements de santé passe également par une tentative d'optimisation de l'espace (de Kervasdoué, 2004) mais aussi du temps : on note sur ce plan une tendance très nette au raccourcissement des durées moyennes de séjours (DMS) (Acker, 2005) et à une hausse conséquente du nombre de patients pris en charge (le « *taux de rotation* » des malades s'accroît, relèvent ainsi Raveyre et Uhghetto, 2003). Ce phénomène s'explique notamment par le « *virage ambulatoire* » (Lapointe *et al.*, 2000) que prennent les établissements (de plus en plus de patients dont la prise en charge exige une intervention chirurgicale sont ainsi accueillis en hôpital de jour) mais également par le fait que les traitements et convalescences sont désormais effectuées à l'extérieur de l'hôpital (*id.*). De Kervasdoué (2004) envisage à ce titre l'hôpital comme un lieu de passage davantage que d'hébergement et écrit dans cette perspective : « *L'hôpital de demain sera, pour ce qui est de son architecture, plus proche d'un aéroport que d'un hôtel*³⁰ » (p. 36). L'optimisation du temps se traduit de surcroît par une tentative croissante de programmation et de planification de l'activité, particulièrement au bloc opératoire (Tonneau et Lucas, 2006) : des contraintes de réalisation (ordre des tâches, rythme, délais) sont dès lors associées à l'application des procédures. Enfin, de nouveaux indicateurs de performance voient le jour³¹.

³⁰ Cette prédiction est critiquée par Molinier (2010) selon qui la logique de gestion dont il est ici question est peu compatible avec la logique du care portée par les soignants : sur ce plan particulièrement, l'auteur montre que le temps de la gestion n'est pas celui du care (temporalité longue, logique du care faite d'inattendue) (p. 162).

³¹ Au bloc opératoire par exemple, sont parfois mesurés, à l'aide de l'outil informatique, les temps réels d'occupation des salles (TROS : de l'entrée du patient en salle jusqu'à la remise en état de la salle), les temps de vacation offerts aux praticiens, les temps réels d'occupation de la vacation d'un praticien... autant d'indicateurs qui permettent ensuite au management de calculer des ratios de

2.2. Les enjeux en matière de coordination de l'activité

Une problématique majeure dans les établissements de santé réside dans « *la difficulté de faire ensemble* » (Pascal, 2000) face à la diversité des tâches, des professions, des logiques et des intérêts à l'œuvre dans le processus de soins. La coordination des pratiques et des acteurs constitue ainsi un enjeu central dans les organisations de santé. On peut dès lors s'interroger sur la façon dont les acteurs se coordonnent à l'hôpital mais aussi, compte-tenu des constats exprimés au préalable, des impacts du tournant gestionnaire des établissements de santé sur la coordination des soins. C'est cette question que nous nous suggérons ici d'étudier.

2.2.1. La coordination au cœur de la performance des établissements

L'organisation hospitalière se caractérise par une division du travail très marquée et par une spécialisation importante, une tendance croissante ces dernières années, nous l'avons vu au préalable. Ainsi, des acteurs aux fonctions, compétences et niveaux hiérarchiques différents se côtoient à l'hôpital. Glouberman et Mintzberg (2001) distinguent, dans cette perspective, quatre mondes d'action au sein des établissements de santé :

- le monde des médecins (au sein duquel différentes spécialités coexistent d'ailleurs, ce qui contribue à accroître la parcellisation à l'hôpital) tourné vers la guérison du patient (« *cure* ») ;
- le monde des infirmières que nous généraliserons aux soignants en général (aides-soignantes...), un monde tourné vers les soins (« *care* » : le travail relationnel avec le patient est central)³² ;
- le monde du management tourné vers le contrôle (« *control* ») ;
- les administrateurs (conseil d'administration, patient...), c'est-à-dire la communauté (« *community* ») ou encore le monde extérieur (Moisdon, 2008) : ce monde dirige ou contraint l'hôpital depuis l'extérieur (Piovesan³³, 2003).

Glouberman et Mintzberg (2001) les présentent comme des mondes d'action séparés : ils possèdent en effet des logiques et un langage différents, et poursuivent des objectifs bien

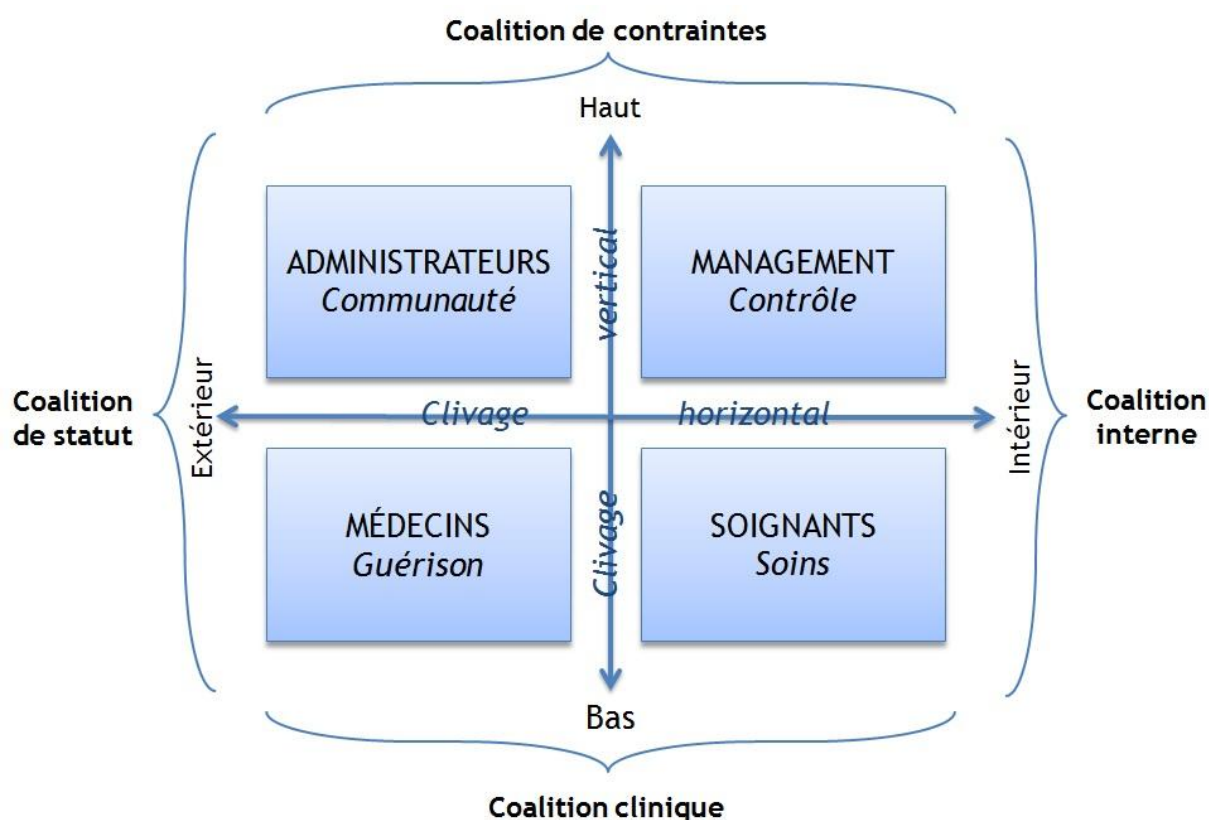
performance tels que les taux d'occupation du bloc, les taux de débordements (activité réelle par rapport au programme opératoire), etc. (Tonneau et Lucas, 2006) afin d'évaluer la pertinence de l'organisation actuelle au regard des moyens disponibles et de l'activité constatée.

³² On pourrait ici également rattacher les fonctions logistiques propres à l'activité de soins - agents de service et brancardiers - dont les auteurs ne font pas état. Le patient (confort, satisfaction, sécurité...) est en effet au cœur de la représentation que ceux-ci se font de leur métier.

³³ L'auteur identifie à ce sujet une limite importante du modèle de Glouberman et Mintzberg (2001) : celui-ci ne prend pas en compte un acteur essentiel aujourd'hui pour qui s'intéresse aux établissements de santé, à savoir les tutelles.

distincts (Grosjean et Lacoste, 1999). Glouberman et Mintzberg distinguent ainsi deux types de clivages : un clivage vertical³⁴ (« *up* » vs « *down* ») - distinction entre les opérationnels, directement impliqués dans l'activité de soins, et le management stratégique (Piovesan, 2003) - et un clivage horizontal (« *in* » vs « *out* ») qui tient à l'appartenance ou non à l'organisation (les médecins des cliniques privés travaillent dans la structure mais pas pour la structure (ils ne sont pas salariés, ne rendent pas de compte au management de l'établissement), une distinction importante qui vient complexifier encore davantage les relations entre ces différents mondes d'action). Ces quatre mondes peuvent néanmoins s'entendre sur certains aspects, Glouberman et Mintzberg (2001) relevant l'existence d'alliances et de coalitions d'intérêt qu'il faut comprendre si l'on veut parvenir à réunir dans un système unique ces quatre mondes d'action. La figure présentée ci-dessous résume la perspective défendue par les deux auteurs :

Figure n° 2 - Les différents mondes d'action au sein des établissements de santé et les coalitions d'intérêts



Source : d'après Glouberman et Mintzberg (2001), p. 58 et 67

³⁴ Un clivage qui renvoie à deux types de pouvoir bien distincts, celui de l'expert, impliqué dans les soins, et qui tire sa légitimité des savoirs médicaux ou techniques possédés, et celui que procure la règle, la hiérarchie formelle.

Mais la division du travail dans les organisations de santé n'est pas seulement fonctionnelle, loin de là. Grosjean et Lacoste (1999) mettent ainsi en évidence la « *transversalité* » de l'activité de soins marquée par l'existence d'un collectif certes fonctionnellement dispersé mais aussi « *spatialement et temporellement éclaté* » (p. 54). Ainsi, les différents services et fonctions sont répartis géographiquement dans l'établissement, parfois fortement éloignés les uns des autres, et des équipes se relaient nuit et jour au sein de ces unités de façon à assurer la continuité des soins.

Pourtant, le travail de ces différents mondes, services ou acteurs, qui interviennent dans des lieux et à des temporalités diverses, est centré autour d'un objet unique : le patient (Pascal, 2003). Or, cette situation crée des dépendances interindividuelles entre les acteurs, aussi bien du point de vue du partage d'informations qu'en termes d'agencement physique entre les unités (patient potentiellement occupé dans un autre service pour une autre fin) (Martin et Gadbois, 2004). Finalement, la performance d'un établissement de santé dépend en grande partie de sa capacité à coordonner le processus de prise en charge ou les différentes trajectoires de maladie (Strauss, 1992a), comme de nombreux auteurs le mettent en évidence : tandis que Tonneau (1998) écrit que « *l'efficacité et la qualité des soins apparaissent de plus en plus liées à une prise en charge globale et organisée des malades au sein de l'institution hospitalière* » (p. 64), Moisdon (2008) estime quant à lui que « *le niveau de performance atteint, que ce soit en termes de qualité, mais aussi en termes de coûts et de conditions de travail, dépend de la façon dont sont coordonnées ces trajectoires* » (p. 176). Effectivement, la coordination est un élément central pour garantir la qualité des soins : certaines études montrent par exemple qu'une bonne coordination a un impact positif sur le résultat des soins (plus faible taux de mortalité) (Charns *et al.*, 2000). La coordination est ainsi un critère essentiel des référentiels qualité (Fraisie *et al.* 2003 ; Charns *et al.*, 2000). Mais par ailleurs, la coordination est essentielle dans la logique d'efficience poursuivie par les établissements de santé aujourd'hui : la rationalisation, la planification de l'activité obligent à penser l'organisation en termes de processus (Minvielle, 1996). L'enjeu n'est alors pas seulement d'optimiser les différentes étapes de la prise en charge du patient de manière isolée, mais bien de concevoir l'activité à un niveau global, dans lequel les interactions entre ces étapes doivent, elles aussi, être prises en compte et maîtrisées, de façon à ce qu'elles s'enchaînent dans des délais très courts (Nobre et Merdinger-Rumpler, 2002) : il s'agit de favoriser un enchaînement fluide et rapide des actions, des informations et des décisions (Zarifian, 1996).

La coordination constitue alors un enjeu majeur pour les établissements de santé dans le contexte actuel. Or, Moisdon (2008) fait état d'un important déficit de coordination dans les organisations de santé, un constat qui appelle à approfondir cette question. La coordination doit en particulier être examinée par les gestionnaires : elle touche en effet, nous l'avons vu, à des aspects de performance (économique mais aussi en matière de qualité), d'organisation du travail et appelle à analyser les dispositifs gestionnaires en place, à en examiner les effets positifs mais aussi délétères sur le travail. Il s'agit notamment d'étudier les conséquences du tournant gestionnaire mis en évidence au préalable sur les modes de coordination actuels.

2.2.2. Conséquences du tournant gestionnaire : l'hôpital, une bureaucratie professionnelle ?

Dans son analyse des structures organisationnelles, Mintzberg (1982) suggère l'existence de cinq mécanismes de coordination³⁵ : l'ajustement mutuel à travers lequel la coordination se réalise par « *simple communication informelle* » (p. 19), la supervision directe où une personne est responsable du travail d'autres acteurs, donne des instructions en amont et contrôle la réalisation du travail en aval, et enfin la standardisation des procédés, des résultats et des qualifications. Avec la standardisation des procédés, « *le contenu du travail est spécifié ou programmé* » (p. 21), rendant toute forme de supervision ou de communication superflue. La standardisation des résultats implique de définir à l'avance les performances à atteindre, tandis que la standardisation des qualifications s'appuie sur la normalisation des compétences et des savoirs-faires des acteurs, à travers la formation qu'ils reçoivent. L'auteur a, par la suite, introduit une autre forme de coordination et l'a notamment appliquée au milieu hospitalier : la standardisation des normes (Mintzberg et Glouberman, 2001), par laquelle les acteurs partagent des valeurs communes.

³⁵ Cette classification a été révisée par un certain nombre d'auteurs. Elle est par exemple retravaillée par Nizet et Pichault (1995, p. 45) qui suggèrent de regrouper les six mécanismes de coordination ainsi décrits en trois ensembles : la coordination s'appuie alors soit sur les « *relations interpersonnelles* » qui s'établissent entre les acteurs (supervision et ajustement mutuel), soit sur le « *travail de formalisation* » (standardisation des procédés et des résultats), soit sur la « *constitution de représentations mentales appropriées* » (standardisation des qualifications et des normes). La classification de Mintzberg (1982) a également été réinterprétée par Lorino (1997, p. 119) au travers de deux axes, l'un politique (la coordination est-elle imposée par voie hiérarchique ou émerge-t-elle dans l'activité ?) et l'autre sémiotique (la coordination est-elle explicite (s'appuie-t-elle sur la circulation de signes ?) ou implicite (s'appuie-t-elle sur la similarité entre les cartes mentales des acteurs ?)). L'ensemble de ces écrits appelle à prêter attention dans l'analyse des modes de coordination aux questions de pouvoir, aux dispositifs formalisés (règles, outils...), mais également aux aspects informels inhérents à l'activité (savoirs sous-jacents partagés, échanges interpersonnels...), trois dimensions auxquelles nous serons particulièrement attentive dans la suite de notre propos.

Effectivement, Mintzberg (1982) a lui-même travaillé sur la question de l'hôpital qu'il appréhende comme une « *bureaucratie professionnelle* » au sein de laquelle la standardisation des qualifications (par la formation et la socialisation) constitue le principal mécanisme de coordination. Le centre opérationnel (constitué par le corps médical) est l'élément de base au cœur de la bureaucratie professionnelle : cette configuration structurelle se caractérise par une structure décentralisée où le pouvoir est entre les mains de l'expert car le travail est trop complexe pour être maîtrisé par un supérieur hiérarchique (supervision directe) ou standardisé. La spécialisation horizontale des professionnels, un système technique peu automatisé et peu sophistiqué ainsi qu'un environnement complexe et stable sont également des attributs de la bureaucratie professionnelle (tableau n°4).

Tableau n°4 - Caractéristiques de la bureaucratie professionnelle

Mécanisme de coordination principal	Standardisation des qualifications
Partie clé de l'organisation	Centre opérationnel
Principaux paramètres de conception	Formation, spécialisation horizontale, décentralisation horizontale et verticale
Facteur de contingence	Environnement complexe et stable, système technique non sophistiqué

Source : Nobre et Merdinger-Rumpler (2002, p. 7)

Toutefois, compte-tenu des profondes transformations qu'a connues ces dernières années le secteur de la santé, peut-on encore aujourd'hui associer les établissements de santé à une bureaucratie professionnelle ? Le mécanisme de coordination dominant est-il réellement toujours la standardisation des qualifications ? La classification qu'opérait Mintzberg en 1982 a, en réalité, été revisitée ces dernières années, y compris par l'auteur lui-même (Mintzberg et Glouberman, 2001). Ainsi, Nobre et Merdinger-Rumpler (2002), revenant sur les différentes caractéristiques de la bureaucratie professionnelle, montrent que la stabilité de l'environnement est aujourd'hui remise en cause du fait des réformes du système de santé et des nombreuses restructurations dont nous avons fait état dans la partie précédente. Les auteurs soulignent en outre que le système technique a évolué et s'est complexifié (nouvelles technologie, automatisation, robotisation...). Enfin, la marge de manœuvre des professionnels s'est réduite, avec une tentative de la part du management de reprendre une partie du pouvoir (inspiration du NPM). Nobre et Merdinger-Rumpler en concluent que le modèle de la bureaucratie professionnelle ne semble plus adapté aujourd'hui aux caractéristiques nouvelles des établissements de santé. Dans ce cas, quels modes de coordination sont désormais mis en avant par les différents auteurs qui se sont penchés sur cette question ? On observe en fait deux tendances très nettes

dans la littérature. Certains auteurs soulignent l'importance des procédures et des plans dans la coordination du travail. Dans cette perspective par exemple, Nobre et Merdinger-Rumpler (2002) associent l'hôpital à une bureaucratie mécaniste plus que professionnelle. Effectivement, la volonté de standardiser les pratiques, la procéduralisation accrue du travail, ainsi que les tentatives de planification de l'activité peuvent laisser penser que le mode de coordination aujourd'hui dominant dans les établissements de santé est celui de la standardisation des procédés. Mintzberg (1982) note en particulier que la bureaucratie mécaniste se développe face à une tentative de contrôle externe de l'organisation, une tentative croissante dans le secteur de la santé ces dernières années, nous l'avons vu. Mais la majorité des auteurs travaillant sur le milieu hospitalier (Peneff, 1992 ; Strauss, 1992a dont nous présenterons en détail les travaux par la suite), et notamment Mintzberg et Glouberman (2001), soulignent l'importance des ajustements informels (ajustement mutuel) opérés par les acteurs et complétés par un système de valeurs commun³⁶, pour coordonner les pratiques. La tentative d'organisation et de planification du flux est en effet constamment déstabilisée dans l'activité réelle, du fait de la singularité de chaque prise en charge (Minvielle, 1996). C'est ce paradoxe que nous nous proposons à présent d'examiner.

Au préalable, nous voudrions souligner que si deux tendances se dessinent très nettement pour décrire les modes de coordination au sein des établissements de santé, celles-ci ne sont pas pour autant contradictoires. Il nous semble en réalité que les auteurs ne raisonnent pas au même niveau d'analyse : tandis que les seconds s'intéressent aux « *pratiques de coordination concrètes* » (Nizet et Pichault, 2012, p. 93), donc à l'activité réelle, les premiers entrent dans ce questionnement par l'organisation du travail (la règle, le plan) et n'ouvrent pas véritablement par là cette « boîte noire », jusqu'ici relativement fermée (Alsène et Pichault, 2007, p. 65), dont nous avons fait état au préalable. Deux éléments essentiels pour la thèse surgissent dès lors de ce constat : en premier lieu, cet objet d'étude conduit à questionner l'activité réelle tout autant que l'organisation. Il s'agit notamment d'analyser la façon dont ces deux niveaux s'impactent mutuellement dans le contexte de rationalisation économique décrit dans ce chapitre. C'est à ce travail que nous nous attacherons dans la thèse. En second lieu, une étude prenant pour objet la

³⁶ Ainsi, de nombreux auteurs soulignent, au sein des établissements de santé, l'existence d'une culture professionnelle forte, tournée vers le patient (écoute et accompagnement, Acker, 2005), avec une conception de son travail marquée par la notion de service public (y compris dans le privé) et participant d'une mission d'intérêt général (Raveyre et Ughetto, 2006 ; 2003), mais aussi d'une culture de la solidarité (Peneff, 1992). Toutefois, cette culture est avant tout celle du monde du « *care* » et Mintzberg et Glouberman (2001) estiment ainsi qu'il manque à l'hôpital une véritable culture commune du fait de l'existence de mondes d'action distincts mis en évidence dans un premier article (Glouberman et Mintzberg, 2001).

coordination doit réaliser en amont un important travail de spécification du niveau d'analyse à partir duquel seront examinés les modes de coordination. Nous y reviendrons largement dans le chapitre suivant.

2.3. L'activité de soins soumise à l'événement : « gérer la singularité à grande échelle »

L'activité de soins est par nature profondément singulière (Minvielle, 1996) : il faut d'une part composer avec la spécificité de chaque cas (ce que l'auteur appelle la « *diversité des traits cliniques et sociaux associés au patient*³⁷ » (p. 42)) ; d'autre part, il faut surtout faire face à la variabilité de l'activité constamment soumise à des perturbations³⁸. Minvielle (1996) identifie ainsi trois sources d'aléas potentielles : la maladie et l'imprévisibilité de son évolution (le malade peut faire une infection ou une réaction allergique au traitement...), le patient et son entourage dont on ne peut jamais entièrement prédire les comportements (retard, patient de mieux en mieux informé et donc de plus en plus exigeant...), mais aussi le processus en lui-même (aléas techniques du fait de l'automatisation de nombreuses activités, particulièrement au bloc opératoire ; dysfonctionnements en matière de coordination et possibilités de formation d'un « *goulot d'étranglement* » (p. 152) du fait des interdépendances des différents services combinées à des délais de plus en plus réduits³⁹).

Ces notions d'aléas ou de perturbations peuvent être rapprochées du concept d'événement proposé par Zarifian (1995). L'événement désigne « *tout fait qui vient perturber le*

³⁷ Une diversité qui tient pour partie à la pathologie, aux caractéristiques personnelles du patient mais également à la multiplicité de combinaisons possibles des phases de diagnostic et de traitements du malade : son mode d'admission peut varier (urgences, consultation, transferts...) ; il peut être hospitalisé sur plusieurs jours ou à la journée (en ambulatoire) ; sa prise en charge peut impliquer une intervention au bloc opératoire, des soins spécifiques ou encore des examens ; le mode de sortie peut lui aussi différer : retour à domicile, placement dans des établissements de convalescence, etc.

³⁸ On peut sur ce plan renvoyer aux résultats de l'enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) édités par la DREES en 2010 (enquête réalisée en 2009). L'enquête montre que le nombre d'événements indésirables graves (EIS) est plus élevé en chirurgie qu'en médecine (9,2 pour 1000 jours en chirurgie contre 4,7 en médecine). Il est notamment indiqué qu'un certain nombre d'EIS auraient pu être évités (près de la moitié) : l'apparition de l'événement est alors majoritairement liée à des problèmes de communication entre les professionnels ou de supervision, deux dimensions qui renvoient bien à des questions de coordination au sens de Mintzberg (1982).

³⁹ Les acteurs du plateau technique sont fortement soumis à cette contrainte de flux puisqu'ils sont situés en milieu de chaîne : ainsi, des informations manquantes dans le dossier du patient en amont du bloc peuvent empêcher les soignants de pratiquer une intervention tandis que la saturation des salles de réveil ou des services d'hospitalisation en aval, vont parfois ralentir l'avancée des programmes opératoires des chirurgiens, les contraignant à garder le patient plus longtemps en salle d'opération.

système » (p. 33). Par opposition au concept d'opération qui constitue « *le support de la tâche dont on peut préparer le contenu à l'avance* » (p. 21), l'auteur appréhende l'événement comme « *une discontinuité dans un récit* » (p. 22). Or, face à un événement, nous dit-il, les acteurs sont amenés à prendre des décisions sur le comportement à adopter pour rétablir la situation. Et cette décision ne peut jamais être entièrement préprogrammée, elle appartient au contexte et aux acteurs qui doivent y faire face : ainsi, la planification du flux de prise en charge du patient et les procédures établies sur la base d'une « *organisation de routine* » (Minvielle, 1996, p. 143) ne permettent pas de s'adapter à l'événement, caractéristique d'une « *organisation du désordre* » (p. 143). Or, la gestion de ces perturbations est primordiale dans les établissements de santé puisque celles-ci mettent potentiellement en péril la vie d'un patient. L'événement affecte donc la qualité et la sécurité des soins mais a également des impacts en matière de délais (une complication en salle d'intervention génère du retard dans le programme opératoire, par exemple) et de coûts (consommation de ressources supplémentaires pour réguler le problème, par exemple). Comment dès lors les aléas sont-ils pris en charge dans les établissements de santé ? Minvielle (1996) met en évidence les « *réajustements perpétuels* » (p. 133) qu'opèrent les personnels de soins dans l'activité⁴⁰. Il s'agit tout à la fois de gérer les imprévus (ce que l'auteur appelle « *adaptation* ») et de coordonner les actions de chacun, afin de compléter ou d'adapter la « *trame* » (p. 133) préétablie (la procédure, la répartition des tâches...) à la situation de travail réelle.

Du point de vue de l'organisation, nous nous trouvons ainsi en présence d'une certaine contradiction⁴¹ : d'une part, afin de faire face aux impératifs de coûts, de délais⁴² et de qualité qui pèsent simultanément sur les établissements de santé du fait des réformes actuelles, l'organisation hospitalière se tourne aujourd'hui vers la standardisation et la planification des process. Mais d'autre part, les procédures et plans déployés dans le cadre

⁴⁰ Zarifian (1996) parle quant à lui d'« *ajustements communicationnels* » (p. 74) et place par là la communication au cœur de ces ajustements.

⁴¹ Une autre contradiction peut-être soulevée, conjointement à la première, à partir des écrits de Cohendet, Jacot et Lorino (1996) qui font état d'une tension grandissante entre les besoins de « *pertinence* » (l'entreprise doit s'adapter aux contraintes extérieures, et notamment à l'aléa) et de « *cohérence* » (l'entreprise doit coordonner en interne l'action collective) : en effet, si l'apparition d'aléas conduit à procéder à des changements dans les cours d'action par rapport au plan, ces changements peuvent à leur tour générer des problèmes de « *cohérence* », donc de coordination, puisque les acteurs ne disposent plus, dès lors, d'une vision unique et stable : la question du partage des connaissances dans l'organisation est ainsi centrale selon ces auteurs pour faire face à ce paradoxe, une conviction que nous partagerons largement dans la suite de notre propos, nous le verrons.

⁴² Le nombre de patients accueillis par établissement s'accroît du fait d'une diminution des DMS - nous l'avons vu au préalable - et le processus de prise en charge tient ainsi aujourd'hui d'une véritable « *production à grande échelle* » (Minvielle, 2000 ; 1996).

de cette rationalisation ne permettent pas de réagir à l'événement pourtant inhérent à l'activité de soins. L'organisation ne semble alors d'aucun recours pour soutenir les acteurs dans les arrangements informels qu'ils opèrent au quotidien. Dans ce cas, comment « *réconcilier standardisation et singularité* » (Minvielle, 2000) ou, pour le dire autrement, comment « *gérer la singularité à grande échelle* » ? (Minvielle, 1996).

L'auteur appelle sur cette question à davantage de flexibilité et pour cela, à favoriser le changement auprès des professionnels de soins. Il s'accorde ainsi avec Zarifian (1995) en redonnant aux acteurs une place centrale dans le système puisque, comme l'indique ce dernier, « *la puissance productive de l'activité humaine vient de la capacité à se mettre à distance de la production physique à l'aide du langage* » (p. 91). Or, face à un événement, il s'agit justement de communiquer pour interpréter, comprendre la situation perturbée et prendre une décision⁴³. Zarifian (1995) montre que cette activité décisionnelle exige de la coopération entre les acteurs, mais également des compétences. C'est ce point que Minvielle (1996) a plus particulièrement étudié pour tâcher de répondre au paradoxe qu'il a identifié. Il révèle alors l'existence de compétences organisationnelles cachées essentielles dans la gestion de l'aléa à hôpital, et qu'il invite à reconnaître : le savoir-faire tout d'abord (qui ne se limite pas à l'application de consignes mais nécessite au contraire la traduction de cette consigne en une exécution effective), le savoir-comprendre ensuite (diagnostic du dysfonctionnement), mais également le savoir-réagir (mettre en place des actions correctrices face à l'événement), le savoir-agencer⁴⁴ (« *la capacité à hiérarchiser des priorités et à définir les meilleurs compromis dans l'enchaînement des actions* », 1996, p. 263), et enfin, le savoir-empathique (intégrer les patients dans l'organisation de leur trajectoire). Les écrits de Pascal (2003) viennent utilement compléter ces travaux sur la flexibilité à l'hôpital en interrogeant le rapport à la règle. L'auteur appelle ainsi à davantage

⁴³ La communication est ainsi au cœur des écrits de Zarifian (1995). Elle est appréhendée par l'auteur comme le moyen par lequel les acteurs réagissent à l'événement. Elle apparaît donc comme un facteur essentiel de fiabilité. Cette perspective s'oppose en cela à de nombreux travaux anglo-saxons qui s'intéressent à la sécurité au bloc opératoire et dans les services d'urgence, dans lesquels la communication est présentée comme une source importante d'aléas (voir par exemple : Amy *et al.*, 2011, Christian *et al.*, 2006, Awad *et al.*, 2005, Lingard *et al.*, 2004 (d'autres articles de cet auteur montrent toutefois le rôle joué par la communication dans la prévention des problèmes (2005, 2008)), Coiera *et al.*, 2002). Ces écrits s'interrogent alors sur la façon dont l'organisation peut limiter ce type d'événements (formation à la communication ou encore mise en œuvre d'un processus de communication standardisé (Leonard *et al.*, 2004), *etc.*).

⁴⁴ Minvielle (1996) privilégie le terme « *agencer* » aux termes « *coordonner* » (tourné vers la tâche) et « *coopérer* » (tourné vers l'acteur) : le savoir-agencer se situe certainement entre ces deux niveaux. Cette vision correspond tout à fait aux choix théoriques que nous avons faits dans ce travail - et que nous présentons dans le chapitre 2 - en nous intéressant aux « *agencements organisationnels* » (Girin, 1995).

d'autonomie⁴⁵ et à la mise en œuvre d'une démarche participative dans l'élaboration de ces normes où la règle deviendrait une « *formalisation centralisée de procédures et de gestes définis de façon inductive par les opérateurs, c'est-à-dire de façon décentralisée* » (p. 198).

C'est dans la continuité de ces écrits que doit s'inscrire ce travail de thèse. Nous concluons ce chapitre en précisant le questionnement poursuivi par la thèse et son positionnement par rapport aux travaux que nous venons de présenter.

*

La thèse interroge finalement les impacts du phénomène d'« industrialisation des soins » sur l'organisation interne des établissements de santé, à un niveau micro. Dans ce chapitre, nous avons montré que la performance en matière de qualité, de coûts et de délais ne repose pas seulement sur la rationalisation du processus de prise en charge, mais bien aussi sur l'attention que l'organisation porte à la coordination de ses activités (Moisdon, 2008) et sur la capacité du système à absorber l'événement. Or, les établissements de santé sont sur ce point confrontés à un dilemme important puisque les outils de planification et de standardisation de l'activité déployés dans le but de rationaliser le processus ne semblent pas permettre de réagir à l'événement, pourtant inhérent à l'activité de soins, et notamment d'assurer la coordination des professionnels et de leurs pratiques en période dégradée. C'est à ce paradoxe, que Minvielle (1996) a qualifié de « *gestion de la singularité à grande échelle* », que la thèse s'intéresse. Entrant dans ce questionnement par la coordination, la thèse doit permettre de procéder à un retour réflexif à la fois sur l'instrumentation gestionnaire en place et sur la façon dont sont pris en charge les événements. Ce travail poursuit ainsi un double objectif. Premièrement, il s'agit, dans une optique de description, d'examiner la façon dont la coordination des soins est assurée au sein des établissements de santé, particulièrement en période d'aléas lorsque les mécanismes de standardisation et de planification des activités trouvent leurs limites. Nous chercherons ici à prolonger les écrits existants sur la question qui mettent largement en évidence les ajustements informels qu'opèrent les professionnels de santé dans les cours d'action. Nous souhaitons quant à nous, à partir d'une analyse fine des situations de travail, questionner l'organisation en retour : il s'agira d'étudier d'un point de vue critique les ressources organisationnelles sur lesquelles prend appui la coordination, notamment face à un événement, et d'identifier la façon dont elles peuvent soutenir mais aussi entraver le travail réel. Dans un second temps, nous chercherons ainsi à aboutir à des recommandations

⁴⁵ Une autonomie qui ne doit pas pour autant aller à l'encontre des orientations stratégiques de l'établissement.

concrètes sur la façon dont l'organisation peut soutenir la coordination des acteurs et des activités dans ce contexte de recherche d'efficience, particulièrement en période d'aléas.

Dans le chapitre suivant, nous nous proposons, compte-tenu de ce double projet de connaissance, d'approfondir le cadre théorique retenu pour la thèse. Nous présenterons dans un premier temps les travaux de Strauss (1992a) sur la question de la coordination à l'hôpital. Nous montrerons que l'objet d'étude retenu appelle à adopter une unité d'analyse particulière de l'activité et de l'organisation que nous présenterons dans la suite de notre propos.

Résumé du chapitre 1

Repartant du contexte actuel dans lequel évoluent les établissements de santé, le présent chapitre met en évidence les nouveaux enjeux qui se posent au management des organisations de soins et introduit ainsi la problématique qui a guidé ce travail de thèse.

Nous revenons brièvement sur les différentes réformes mises en place dans le secteur de la santé ces dernières années, tant pour maîtriser les coûts et les délais que le niveau de qualité des soins dispensés au sein des établissements de santé. Nous montrons que ces réformes, directement inspirées du New Public Management (NPM), visent finalement à standardiser les pratiques, notamment au travers de **l'introduction d'outils de gestion dérivés du monde industriel** : nous qualifions, à cet égard, ce phénomène d'« **industrialisation des soins** ».

Nous décrivons alors les différents impacts de l'industrialisation des soins sur l'organisation interne des établissements de santé et tout particulièrement sur les cliniques privées, fortement concernées par les restructurations du secteur (Piovesan, 2003). Dans ce cadre, nous montrons que **la question de la coordination revêt un enjeu majeur pour les établissements de santé**, incités à la performance tant en matière de coûts que de qualité (Moisdon, 2008). Compte-tenu des réformes mises en œuvre, la standardisation des procédés semble être aujourd'hui le mécanisme de coordination (Mintzberg, 1982) privilégié par les organisations de soins. Or, **la standardisation ne permet pas de réagir à l'événement (Zarifian, 1995) pourtant caractéristique de l'activité de soins (Minvielle, 2000 ; 1996)**. C'est ce paradoxe que nous souhaitons considérer dans la thèse.

Entrant dans ce questionnement par la coordination, et l'examinant notamment à l'aune de la contrainte événementielle à laquelle doivent faire face les acteurs des organisations de soins, notre réflexion doit nous permettre de procéder à un retour sur l'instrumentation gestionnaire développée par les établissements de santé mais aussi, à un niveau plus « macro », sur les réformes mises en œuvre par les tutelles. Notre propos prendra appui sur un double questionnement. Nous examinerons tout d'abord **la façon dont la coordination des soins est assurée au sein des établissements de santé, particulièrement lorsque des événements se présentent et que les mécanismes de standardisation et de planification des activités trouvent leurs limites**. Nous chercherons alors à **formuler des recommandations concrètes sur la façon dont l'organisation peut soutenir la coordination des acteurs et des activités dans ce contexte de recherche d'efficience, notamment face à des événements**.

CHAPITRE 2 :

APPRÉHENDER LE TRAVAIL D'ARTICULATION « SITUÉ » ORGANISATIONNELLEMENT : LA SITUATION DE GESTION ET L'AGENCEMENT ORGANISATIONNEL

Dans le chapitre précédent, nous avons montré que la question de la coordination se pose aujourd'hui avec une certaine acuité au sein des établissements de soins. La coordination des activités est en effet au cœur de la performance des organisations de santé (Moisdon, 2008). Or, nous avons montré que le contexte actuel incitait les directions hospitalières à se préoccuper de ces enjeux de performance. Pour autant, la question n'est pas simple. Il s'agit ainsi, comme le suggère Minvielle (1996), de « *gérer la singularité à grande échelle* », l'auteur attirant par là l'attention sur la contingence de l'activité de soins qui, composant avec des vies humaines, est constamment soumise à l'événement (Zarifian, 1995).

Ce sont sur ces considérations que prend appui notre réflexion. Nous nous proposons dès lors d'étudier dans ce chapitre la façon dont ces questions ont déjà été abordées dans la littérature. Loin de chercher à recenser de façon exhaustive les écrits sur le sujet, nous nous focaliserons plutôt sur un concept central pour qui s'intéresse à la coordination dans les établissements de santé : le travail d'articulation (Strauss, 1992a). Dans une première partie, nous reviendrons sur ce concept et chercherons à mettre en évidence les questions qu'il laisse en suspens afin de positionner la thèse par rapport aux écrits que nous présenterons. Nous montrerons ainsi que si le travail d'articulation est envisagé dans son contexte organisationnel, la façon dont l'organisation habilite ou contraint celui-ci est peu restituée dans la littérature. La thèse vise dès lors à compléter les écrits portants sur le sujet en interrogeant le rapport entre travail d'articulation et organisation. Il s'agira ici d'appréhender le travail d'articulation « situé » organisationnellement.

Ce positionnement appelle à adopter une unité d'analyse particulière, à déplacer le regard depuis l'organisation vers l'activité dans son contexte organisationnel. Dans une deuxième partie, nous reviendrons ainsi sur les différents courants de recherche qui s'intéressent à l'activité et que Licoppe (2008a) regroupe sous l'expression de « *carré de l'activité* ».

L'analyse des points de convergence mais surtout des contradictions entre ces différents courants révélera dans une troisième partie la nécessité de s'équiper d'un échelon d'analyse intermédiaire à la croisée entre activité et organisation et qui « pense » le rapport entre ces deux niveaux. Dans cette perspective, la thèse mobilisera conjointement les concepts de situation de gestion et d'agencement organisationnel (Girin 1990a ; 1983a ; 1995). Le travail d'articulation sera alors envisagé à un double niveau : nous étudierons simultanément la façon dont les acteurs interagissent entre eux (articulation entre les acteurs, entre l'activité individuelle et collective) et avec l'organisation (articulation entre l'activité et l'organisation).

1. L'ÉTUDE DU TRAVAIL D'ARTICULATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : VERS L'ANALYSE DE L'ACTIVITÉ « SITUÉE » ORGANISATIONNELLEMENT

La question de la coordination dans les établissements de santé a fait l'objet d'un travail déjà important en sociologie, et notamment en sociologie interactionniste à travers les écrits de Strauss (1992a). Plutôt que de coordination, l'auteur parle d'un travail d'articulation réalisé à l'hôpital afin que « *les efforts collectifs de l'équipe soient finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail accompli* » (Strauss, 1992a, p. 191). Il part en effet du constat que les différentes tâches effectuées dans l'activité de soins doivent être coordonnées car « *elles ne s'organisent pas, automatiquement d'elles-mêmes en séquences d'action et de temps appropriées* » (id.). La réflexion sur le travail d'articulation sera prolongée par des auteurs tels que Fujimura (1987) ou encore Star (Star et Strauss, 1999). Fujimura (1987) distingue deux types de travail, la production d'une part, l'articulation d'autre part. Tandis que la production concerne la réalisation de tâches relativement bien définies, l'articulation est le travail de mise en cohérence nécessaire afin de mener à bien la production. L'articulation constitue ainsi, selon l'auteur, le travail de « *planification, d'organisation, de surveillance, d'évaluation, d'ajustement, de coordination et d'intégration* » (p. 258) nécessaire au bon déroulement de l'activité. Enfin, Grosjean et Lacoste (1999), dans un ouvrage maintenant bien connu⁴⁶, ont contribué à cette réflexion en plaçant la communication au cœur de ce travail d'articulation.

Nous nous proposons ici de revenir sur ce concept et la façon dont il est décrit par les différents auteurs (1.1), pour dans un second temps positionner le questionnement de la thèse par rapport à ces écrits : nous montrerons ainsi que le travail d'articulation, tel qu'il a jusqu'ici été abordé, peine à penser le rapport entre activité et organisation et notamment la manière dont l'organisation peut soutenir ces bricolages locaux (1.2). Revenant sur les caractéristiques du travail d'articulation, nous inscrirons l'activité dialogique au cœur de celui-ci et montrerons comme les écrits de Detchessahar (1997) sur les « *espaces de discussion* » peuvent contribuer à la réflexion (1.3).

Ce travail nous conduira à relativiser le rôle du « plan » dans l'activité réelle et révélera dès lors la nécessité de changer de niveau d'analyse, de déplacer notre regard depuis l'organisation vers l'activité « *située* » organisationnellement (Lorino et Teulier, 2005, p. 13).

⁴⁶ *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, PUF

1.1. Retour sur le travail d'articulation

La sociologie interactionniste s'est largement emparée de cette question de la coordination puisque, comme le rappellent Grosjean et Lacoste (1999), « *l'impératif de coordination s'inscrit au cœur des interactions* » (p. 7). La coordination des tâches est rendue nécessaire parce que le travail est fondamentalement divisé en une multitude de tâches, mais que dans le même temps, ces tâches sont extrêmement complémentaires puisqu'elles concourent toutes au résultat final. Cette nécessité est très bien mise en évidence par Hughes (1996) : « *La division du travail, pour sa part, implique l'interaction ; car elle ne consiste pas dans la simple différence entre le type de travail d'un individu et celui d'un autre, mais dans le fait que les différentes tâches sont les parties d'une totalité, et que l'activité de chacun contribue dans une certaine mesure au produit final. Or, l'essence des totalités, dans la société (...), c'est l'interaction* » (p. 61). On le voit, cette question est thématisée par la sociologie interactionniste sous l'angle de l'« *interaction* ». Strauss (1992a) écrit ainsi que « *l'interaction est le pivot autour duquel s'organisent les processus ; c'est au moyen de l'interaction que se fait la division du travail et qu'elle est maintenue, que les tâches sont opérationnalisées et coordonnées, que le travail nécessaire pour soutenir sa motivation et celle de son entourage peut-être identifié et accompli* » (p. 43). Cette perspective peut-être complétée par les écrits de Grosjean et Lacoste (1999). Les auteurs montrent qu'au-delà de l'éclatement fonctionnel, le travail dans les établissements de santé doit être coordonné du fait d'un éclatement à la fois spatial et temporel du collectif, nous l'avons souligné dans le chapitre précédent. Cette caractéristique limite de fait l'interaction de face à face et pose dès lors la question de l'articulation à distance (Latiers et Jacques, 2007). Mais les réflexions autour de la coordination à l'hôpital restent dominées par les écrits de Strauss (1992a), notamment à travers le concept de « *travail d'articulation* » qu'il suggère. L'auteur distingue différents niveaux d'articulation sur lesquels nous nous proposons ici de revenir.

1.1.1. Le travail d'« articulation structurante »

Strauss montre en premier lieu le rôle du médecin qui, disposant de la vue la plus complète, du « *tableau d'ensemble* » (Strauss, 1992a, p. 197), détermine « *l'arc de travail* » (*id.*), c'est-à-dire la succession de tâches à entreprendre afin de « *maîtriser le cours de la maladie et remettre le patient dans une forme suffisamment bonne pour que celui-ci puisse rentrer chez lui* » (p. 176). Le second niveau d'articulation provient du responsable de proximité (la « *surveillante* ») qui précise la trame préétablie par le médecin : elle répartit le travail entre les personnels de son service et lui affecte des conditions ou des contraintes de réalisation (moyens, délais, qualité...). Ces deux niveaux

d'articulation sont réinterprétés par Grosjean et Lacoste (1999) en termes d' « *articulation structurante institutionnelle* » puis d' « *articulation structurante locale* ». Les auteurs montrent que cette forme d'articulation s'apparente à une rationalisation qui intervient en amont de la coopération. On pourrait en cela la rapprocher du mécanisme de coordination formalisé par Mintzberg (1982), la « *standardisation des procédés* », à travers lequel les tâches à réaliser sont programmées, rendant, selon l'auteur, toute forme de supervision ou de communication superflue. Mais selon Strauss (1992a), le rôle du responsable de proximité ne se limite pas à organiser le travail conformément à la trame préétablie par le médecin : il doit également superviser l'effective réalisation de celle-ci dans l'activité de soins. En cela, ce second niveau d'articulation défini par Strauss (1992a) pourrait être rattaché au mécanisme de coordination que Mintzberg (1982) qualifie de « *supervision* »⁴⁷.

1.1.2. Le travail d' « articulation opérationnelle »

Strauss (1992a) ne limite pas son analyse de la coordination à l'hôpital à ces deux niveaux d'articulation formels. A ce titre, un détour vers la signification de ce concept même d' « *articulation* » nous semble nécessaire. Articuler, selon Grosjean et Lacoste (1999), c'est intégrer la transversalité. C'est donc tenir compte de l'éclatement à la fois fonctionnel, spatial et temporel de l'activité que nous venons de mettre en évidence. Mais l'articulation consiste aussi à gérer l'aléa, à faire face à l'imprévu (Grosjean et Lacoste, 1999 ; Star et Strauss, 1999). Strauss (1992a), à l'instar de Minvielle (1996), met en effet en évidence les « *contingences fortes du travail médical issues de la maladie elle-même mais aussi du travail et de son organisation et des biographies respectives des protagonistes de l'action* » (p. 31). Il introduit dans cette perspective la notion de « *trajectoire de maladie* »⁴⁸, plus pertinente semble-t-il pour rendre compte de la

⁴⁷ Les différents mécanismes de coordination mis en évidence par Mintzberg (1982) ont fait l'objet d'une présentation plus détaillée au chapitre 1 de la thèse.

⁴⁸ La trajectoire de maladie permet effectivement de rendre compte du caractère singulier de chaque prise en charge, mais l'origine du concept est double : la trajectoire de maladie en plaçant le patient au centre de l'activité de soins doit aussi permettre de conceptualiser celui-ci comme un acteur du travail médical à part entière, et même comme l'acteur central du processus (et non plus le médecin). Nous verrons par la suite que, du fait du contexte de rationalisation dans lequel l'activité de soins s'ancre aujourd'hui, la notion de trajectoire de maladie ne nous semble plus correspondre tout à fait à la façon dont le travail s'organise. Par ailleurs, l'étude réalisée dans la thèse se focalise sur le bloc opératoire au sein duquel le patient est endormi et ne joue dès lors pas le même rôle que dans les services où de nombreuses études montrent qu'il joue un rôle essentiel (Grosjean et Lacoste (1999) signalent par exemple que le malade a parfois les informations avant les infirmières). Enfin, Datchary (2008) souligne qu'une entrée par les trajectoires de patient « *sous-tend une certaine durée* » (p. 400) et montre dès lors qu'un « *niveau de détail encore plus grand est nécessaire* » (*id.*) lorsqu'on s'intéresse à l'activité réelle et à ses reconfigurations

singularité de chaque cas. Avec la trajectoire de maladie, les acteurs ne gèrent plus un flux unique de patients à partir d'une même procédure opératoire. Au contraire, chaque flux est associé à un patient particulier : il existe autant de flux que de malades, d'où le concept de « *trajectoire* » qui souligne le caractère singulier de chaque prise en charge susceptible d'évoluer d'une manière spécifique. Et l'auteur ne limite pas les sources d'aléa à l'objet du travail (le patient). Il montre que l'organisation du travail elle-même peut être un facteur de perturbation important (concurrence potentielle entre les patients sur les ressources disponibles, technologie médicale...). Dès lors, Strauss (1992a) tient compte du caractère précaire du plan ou de cette trame élaborée par le médecin et complétée par le responsable de proximité : l'articulation structurante ne peut prévoir le champ des possibles du travail réel. Il montre qu'un travail supplémentaire est nécessaire localement pour compléter l'organisation formelle, un travail qu'il qualifie d'« *articulation opérationnelle* ».

L'articulation opérationnelle consiste en premier lieu à assurer ce travail de mise en cohérence de l'activité, notamment à travers un « *travail de médiation* » (Grosjean et Lacoste, 1999). Celui-ci concerne la transmission des informations nécessaires à la cohérence d'ensemble du travail de soins, en dépit de l'éclatement qui le caractérise. Il se traduit par l'existence de discours rapportés, par personnes interposées⁴⁹ ou à travers la mobilisation de certains outils (et les auteurs mettent notamment en évidence le rôle des écrits à l'hôpital). Nous y reviendrons par la suite. Mais ce travail d'articulation opérationnelle est plus fondamentalement un travail de « *réarticulation* » (Strauss, 1992a) qui suit des phases de « *désarticulation* ». La notion de « *désarticulation* » renvoie bien ici à la perturbation de la trame préétablie, de l'organisation formelle du travail, bref de l'articulation structurante. Strauss (1992a) montre que les personnels jouent un rôle fondamental dans la gestion de l'aléa à travers la « *réarticulation* » qu'ils prennent en charge et qui passe par le détournement du protocole ou la réalisation d'actions supplémentaires non anticipées dans la trajectoire de maladie initiale : ces tâches supplémentaires doivent être intégrées au déroulement du travail de l'équipe ce qui nécessite un travail d'articulation complémentaire. On peut, en cela, se demander si le travail d'articulation ne constitue pas, au fond, un véritable « *travail d'organisation* » (de Terssac et Lalande, 2002). Cette réflexion fera l'objet de notre seconde partie.

permanentes. Ce sont pour ces raisons que nous n'avons pas retenu la trajectoire de maladie comme unité d'analyse dans ce travail.

⁴⁹ Grosjean et Lacoste (1999) mettent par exemple en avant le « *devoir de faire-passer* » (p. 142) les informations d'une catégorie à l'autre pour que chacun soit en possession des informations nécessaires à son travail.

1.2. Aux limites du « plan » : le travail d'articulation, un travail d'organisation ?

La sociologie interactionniste constitue selon Strauss (1992b) une « *argumentation explicite contre les interprétations de l'ordre social insistant trop sur les règles et les règlements tout en ignorant comment ils sont promulgués, maintenus, manipulés, enfreints, modifiés et même entièrement abolis puis supplantés. Tout ceci suppose que l'on conçoive les humains comme des êtres qui façonnent leurs mondes dans une certaine mesure - malgré les contraintes structurales qu'ils rencontrent inévitablement* » (p. 14). Deux dimensions ressortent de cette proposition : la première c'est que les règles ne s'imposent pas telles quelles aux individus, elles sont systématiquement adaptées, modifiées, réinterprétées... ; la seconde c'est que les individus sont de véritables « acteurs », ils ont la possibilité d'agir sur le monde dans lequel ils évoluent. Dans cette perspective, le travail d'articulation opérationnelle - directement inspiré d'une sociologie interactionniste -, celui que prennent en charge les acteurs lorsqu'ils sont confrontés à l'événement, pourrait être appréhendé comme un « *travail d'organisation* » (TO) au sens que lui donnent de Terssac et Lalande (2002). En effet, les réflexions autour du travail d'organisation s'ancrent dans une conception particulière de l'organisation et du système de règles, considérés comme émergents et non donnés, en place. Selon les auteurs, ce dernier « *n'est pas si cohérent et pas aussi fermé qu'on le croit. Un système de règles est une configuration fragile et vulnérable, alors qu'il se présente souvent comme un système verrouillé et fermé* » (p. 204-205). De Terssac et Lalande (2002) considèrent par là que « *ce sont les acteurs qui construisent le système et non l'inverse* » (p. 215).

1.2.1. Le travail d'articulation comme bricolage et élaboration de solutions locales

La réflexion sur le travail d'organisation (TO) prend pour objet d'étude la question de la formation des règles. Elle s'inscrit au sein de la théorie de la régulation sociale (TRS) de Reynaud (de Terssac et Lalande, 2002, p. 216)⁵⁰. De Terssac et Reynaud (1992) partent du constat d'une certaine incomplétude des règles, voire parfois d'une certaine incohérence avec la situation de travail réelle. Ils montrent alors que « *pour maîtriser la situation et s'assurer (...) d'une certaine « efficacité » de ses productions, l'encadrement est contraint de recourir à l'initiative et à l'autonomie des exécutants* » (p. 173). En cela, le travail d'articulation semble pouvoir s'apparenter à un travail d'organisation, le travail

⁵⁰ Elle est également proche du courant de l'analyse stratégique des organisations (Crozier et Friedberg, 1977 ; Friedberg, 1992) avec la notion de « *système d'action concret* », un courant qui considère que « *le rôle réel des caractéristiques formelles d'une organisation n'est (...) pas de déterminer directement des comportements, mais de structurer des espaces de négociation et de jeu entre acteurs* » (Friedberg, 1992, p. 536).

d'articulation opérationnelle étant mis en évidence par Strauss (1992a) afin de compléter l'organisation formelle générée par un travail d'articulation structurante.

En effet, le travail d'articulation opérationnelle auquel nous nous intéressons ici consiste principalement pour les acteurs à faire face à l'événement, donc à réagir à un problème qui se présente à eux. Nous l'avons vu, il est en partie un travail de « *réarticulation* » qui passe par la modification du plan initial. Il se rapproche par là fortement du travail d'organisation défini par de Terssac et Lalande (2002). Selon ces auteurs, « *le travail d'organisation va réparer une « désorganisation » (...). Il est avant tout une réorganisation d'où émerge un nouveau système. Ce qui est premier dans cette organisation, c'est le problème à résoudre : ce n'est pas la solution qui est préalable, mais le problème* » (p. 178). D'après cette définition, c'est donc lorsqu'ils identifient ou sont confrontés à un problème que les acteurs réalisent un travail d'organisation. De la même manière, le travail d'articulation opérationnelle est rendu nécessaire lorsque la trajectoire de maladie s'éloigne de l'arc de travail fixé par le médecin. Les acteurs confrontés au réel de l'activité se trouvent contraints de s'engager dans un tel travail : l'implication des acteurs vient de « *la nécessité d'inventer des solutions pratiques efficaces et légitimes : le problème amène avec lui une obligation de réussite qui est la source de l'engagement* » (de Terssac et Lalande, 2002, p. 191-192). Le travail d'organisation, comme le travail d'articulation, consiste dès lors en des « *bricolages organisationnels*⁵¹ » (p. 10) de « *solutions singulières* » (p. 180), de « *nouvelles combinaisons de ressources pour faire autrement* » (p. 217). Il est une « *invention permanente et locale de solutions efficaces* » (de Terssac, 2003, p. 122).

Toutefois, le TO est sujet à un double mouvement : en effet, les règles qui s'élaborent localement dans les cours d'action sont dans un second temps institutionnalisées, un phénomène que nous ne retrouvons pas dans le travail d'articulation opérationnelle qui reste du domaine de l'invisible. Dans cette perspective, c'est à présent le rapport entre action et organisation au sein de chacun de ces courants que nous allons questionner.

1.2.2. De la difficulté de penser la façon dont l'organisation peut soutenir le travail d'articulation

Le travail d'organisation « *est avant tout un travail de « réorganisation* » (de Terssac, 2009, p. 121). Or, « *l'expression de réorganisation désigne cette activité d'élaboration de*

⁵¹ Le travail d'articulation est effectivement appréhendé comme un « *bricolage* » par exemple par Fujimura (1987) qui écrit : « *Le bricolage est un autre terme pour parler d'articulation* » - « *Tinkering is another term for articulating* » (p. 261)

« règles émergentes dans un contexte déjà largement peuplé de règles en place » (p. 204). Le travail d'organisation est ainsi appréhendé dans un système organisationnel particulier qu'il va venir modifier : le travail d'organisation, comme dans la théorie de la régulation sociale de Reynaud (1988), constitue un « *processus d'apprentissage* » (2002, p. 178 ; 2009, p. 122-123) de l'organisation.

Revenons de prime abord sur une phase particulière du travail d'organisation mise en évidence par de Terssac et Lalande (2002) : la « *généralisation* ». Nous avons vu précédemment que le travail d'organisation induisait des formes de bricolages dans l'activité. On a ainsi « *d'un côté, une distanciation d'avec le système en place et de l'autre l'invention du nouvelles pratiques de travail* » (2002, p. 185). Selon les auteurs, ces solutions, élaborées localement par les acteurs pour faire face à un problème, sont ensuite généralisées à l'ensemble de l'organisation et sont par là institutionnalisées, afin d'orienter les actions dans la même direction, de coordonner le travail (de Terssac, 2009). Se positionnant par rapport à la théorie de la régulation sociale, les auteurs écrivent ainsi : « *Les règles d'efficacité (...) donnent des résultats satisfaisants ; du coup, elles sont reprises dans des règles de contrôle, élaborées à partir d'une doctrine commune, pour éviter que chaque unité de travail conserve sa façon de travailler* » (p. 209). Ainsi, de Terssac montre que « *le TO est une production normative de règles* » (2009, p. 122) : de nouvelles règles de contrôle sont élaborées, qui deviennent des contraintes pour tous et dont le non respect est sanctionnable. Or, il ne nous semble pas retrouver ce double mouvement (production de solutions locales qui sont dans un second temps généralisées) dans les réflexions sur le travail d'articulation. Certes, le travail d'articulation n'est pas déconnecté de l'organisation dans laquelle il s'inscrit. Corbin et Strauss (1993), par exemple, montrent que l'organisation influence ce travail d'articulation à la fois en le contraignant mais aussi en lui offrant des opportunités, à l'instar de la division du travail chez Fujimura (1987). Toutefois, la façon dont ce travail d'articulation interroge en retour l'organisation (formelle) ne nous semble pas avoir été explicitement précisée jusqu'ici⁵². Si le travail d'articulation induit des bricolages locaux, des arrangements informels, et

⁵² Les réflexions sur le travail d'articulation s'inscrivent pourtant dans le courant de la sociologie interactionniste qui considère que « *l'individu produit son environnement autant qu'il est produit par celui-ci* » (Koenig, 2003, p. 17). Dès lors, les écrits sur le travail d'articulation ne nient pas la possibilité pour les acteurs d'agir sur l'organisation et de la faire évoluer, on le voit dans la partie précédente (1.2.1). Strauss (1992a) affiche d'ailleurs la volonté de traiter du rapport entre l'activité et les règles formelles, par exemple dans son travail sur l'hôpital psychiatrique. Ce n'est toutefois pas sur cette question que l'auteur se concentre et il met finalement l'accent sur les interactions entre les acteurs (négociation entre les différentes parties-prenantes concernées par la situation ou le patient selon les intérêts ou les convictions portés par chacun : médecins, infirmières, aides-soignantes...), davantage que sur les interactions entre l'activité et l'organisation et la façon dont les deux entités s'influencent mutuellement.

aboutit à des accords stabilisés mais toujours renégociables (Corbin et Strauss, 1993), nous nous trouvons en revanche relativement démunis face à ces écrits pour comprendre comment ces accords viennent transformer l'organisation formelle du travail⁵³. Le travail d'articulation y est en effet très largement présenté comme un travail par nature invisible (Latiers et Jacques, 2007 ; Star et Strauss, 1999 ; Grosjean et Lacoste, 1999 ; Fujimura, 1987) auquel ces écrits cherchent justement à redonner une certaine visibilité. Grosjean et Lacoste (1999), notamment, montrent que ce travail d'articulation, bien que central, est effectivement méconnu puisqu'à l'hôpital, « *seule finalement la prescription médicale témoigne de la réarticulation intervenue* » (p. 170). Par ailleurs, les auteurs soulignent que « *l'articulation n'est perçue que par ses manques* » (p. 171). Enfin, le travail d'articulation déplace l'attention des personnels de la tâche vers l'enchaînement des tâches : il ne constitue pas un acte noble et est ainsi peu valorisé dans les établissements de santé. Il est même, dans bien des cas, considéré comme « *entravant l'activité au sens noble* » (p. 173). Le travail d'articulation n'étant pas reconnu, les arrangements informels et les bricolages locaux qu'il induit ne sont que rarement institutionnalisés : ils restent des solutions construites localement pour faire face à un problème singulier. Il y a finalement dans le TO un « *avant* » et un « *après* » (de Terssac et Lalande, 2002, p. 194) qu'on ne retrouve pas dans les écrits sur le travail d'articulation. Et plus encore, par cette phase de généralisation, les acteurs qui réalisent un travail d'organisation s'ouvrent de nouveaux espaces de négociation. En effet, le TO, en sus des « *règles d'efficacité* » qu'il institutionnalise (issues des bricolages locaux), aboutit à la création de nouvelles « *règles du jeu* » : ainsi, il « *visent à réguler les actions de décrochage d'avec le système en place et les actions d'acquisitions de nouvelles manières de travailler efficaces* » (de Terssac et Lalande, 2002, p. 192). Le TO refonde les rapports coopératifs entre acteurs locaux et dirigeants, et induit notamment des « *déplacements du pouvoir et des lieux d'initiative* » (p. 180). Le travail d'articulation opérationnelle, restant du domaine de l'invisible, n'envisage pas cette dimension d'apprentissage fondamentale du système. Mais alors, l'organisation formelle n'apprend pas de ce travail d'articulation opérationnelle, n'évolue pas afin de créer des conditions futures plus favorables à la réalisation de celui-ci. L'organisation ne semble dès lors pas en mesure de soutenir ce travail dans les cours d'action.

⁵³ Datchary (2008) montre en réalité que travail d'articulation et travail d'organisation ne se situent pas au même niveau d'analyse, d'où le constat que nous faisons ici : le travail d'organisation appréhende le phénomène depuis l'organisation, le travail d'articulation depuis l'acteur et le collectif. Mais ce faisant, le concept de travail d'articulation a des difficultés à rendre compte du rapport entre activité et organisation.

Toutefois, le TO envisage-t-il l'organisation formelle comme un soutien à la réalisation de ce travail ? Certes, à travers la dimension d'apprentissage, les nouvelles règles d'efficacité et règles du jeu institutionnalisées seront utiles à la production, et faciliteront le TO futur. Mais tout se passe alors comme si seuls les acteurs étaient en mesure de créer les conditions favorables de ce travail d'organisation. Nulle précision n'est apportée sur la façon dont l'organisation formelle peut soutenir, encourager, favoriser la réalisation du travail, les processus de négociation à l'œuvre dans les cours d'action⁵⁴. En effet, à l'inverse du travail d'articulation, le TO conduit à réinterroger totalement l'organisation en place. C'est là une différence fondamentale avec la théorie de la régulation sociale (TRS) de Reynaud : le TO n'est pas un processus de régulation conjointe. Avec le TO, il y a « *rupture d'avec le schéma d'organisation élaboré avant et l'avènement d'un projet futur d'un après* » (de Terssac et Lalande, 2002, p. 194). Les solutions locales qui sont ensuite généralisées ou institutionnalisées « *ne résultent pas d'un compromis avec les règles en place* » (p. 213) et ces dernières ne sont « *ni reprises, ni réaménagées car elles relèvent d'un système dégradé que les inventeurs estiment peu efficaces* » (de Terssac, 2009, p. 126). Ainsi, à la différence de la TRS (Reynaud, 1988), « *les règles inventées n'ont pas leurs origines des deux côtés : celui de l'encadrement et celui des exécutants ; elles ne combinent pas des règles de contrôle et des règles autonomes* » (de Terssac et Lalande, 2002, p. 210). La solution élaborée par le TO n'aboutit pas nécessairement à un compromis, elle « *peut rester inacceptable pour une partie des protagonistes* » (de Terssac, 2009, p. 129). Finalement, si, à la différence du travail d'articulation, le TO conduit à interroger l'organisation en retour, il n'y a en revanche, « *pas de rapport de complémentarité entre les deux systèmes mais un rapport de substitution* » (p. 192). On ne retrouve pas ce phénomène dans les écrits sur le travail d'articulation. Au contraire, chez Strauss (1992a), les trois formes d'articulation (formelles et informelle) se complètent mutuellement.

Finalement, en comparant le travail d'articulation au travail d'organisation, nous avons montré que les écrits autour du travail d'articulation peinaient à penser le rapport entre action et organisation. Le travail d'articulation opérationnelle demeure invisible aux yeux

⁵⁴ Notons qu'Ughetto (2007) a travaillé sur la façon dont le management pourrait soutenir le travail d'organisation. Il montre ainsi que les managers « *pourraient être les agents faisant la liaison entre le travail d'organisation (de Terssac et Lalande, 2002) ordonné par les plus hauts niveaux de la hiérarchie des entreprises et le travail local d'organisation* » (p. 104). Il met notamment l'accent sur la nécessité de reconnaître l'existence de ce travail d'organisation en admettant « *que tout ne peut pas être connu à l'avance par les organisateurs et que l'organisation doit finir de se décider en étant discutée* » (p. 105). On voit bien ici la nécessité de reconnaître donc de rendre visible ce travail supplémentaire (quel qu'il soit : travail d'articulation ou d'organisation) pour le soutenir, le favoriser.

de l'organisation et les solutions inventées localement par les acteurs n'atteignent pas la structure organisationnelle. Dès lors, les écrits n'interrogent pas la façon dont l'organisation peut soutenir ces arrangements et bricolages locaux, une perspective qui nous semble difficile à tenir en Sciences de gestion. Nous nous proposons à présent d'identifier de façon plus précise les modalités du travail d'articulation afin de poursuivre cette réflexion. Nous verrons que le travail d'articulation est fondamentalement une activité dialogique et interrogerons dès lors le rapport qu'entretient la communication avec l'organisation. Apparentant cette activité communicationnelle à une « *discussion* » (Detchessahar, 2003 ; 1997), nous montrerons que les travaux de Detchessahar (1997) autour des « *espaces de discussion* » permettent de compléter utilement les écrits sur le travail d'articulation et d'organisation en mettant justement en évidence la façon dont l'organisation peut soutenir les régulations locales.

1.3. Le travail d'articulation : une activité dialogique située dans un monde matériel et symbolique

Nous avons au préalable suggéré un lien entre l'articulation structurante et les mécanismes de coordination formalisés (standardisation des procédés et supervision) proposés par Mintzberg (1982). Si l'on s'intéresse de façon plus précise à la question de l'articulation opérationnelle, on pourrait ici la rapprocher du concept d'ajustement mutuel mis en évidence par l'auteur, à travers lequel la coordination se réalise par « *simple communication informelle* » (p. 19). Effectivement, de nombreux auteurs placent la communication au cœur du travail d'articulation⁵⁵. Face à l'éclatement spatio-temporel de l'activité, les acteurs communiquent en permanence (Grosjean et Lacoste, 1999 ; Lacoste, 2001), mais l'activité communicationnelle est également essentielle dans la régulation quotidienne que les personnels de soins réalisent : « *les régulations ainsi forgées (...) puisent constamment aux ressources du langage ordinaire* » (Borzeix et al., 2001, p. 11). Zarifian (1995) montre en effet que les acteurs confrontés à un événement doivent prendre une décision sur les actions à mettre en œuvre pour gérer le problème. Or, cette décision ne peut jamais être entièrement préprogrammée, elle appartient au contexte et aux acteurs qui doivent y faire face, nous l'avons mis en évidence dans le chapitre précédent. Les acteurs sont dès lors conduits à communiquer afin d'obtenir une vision d'ensemble du phénomène puis de prendre une décision.

Dans cette partie, nous repartirons de la réflexion menée au préalable : la nécessité d'envisager le travail d'articulation dans son contexte organisationnel et d'étudier la façon

⁵⁵ Voir à ce sujet Gentil (2012)

dont organisation et action s'influencent mutuellement. Nous commencerons par revenir sur les différentes composantes de la communication afin, dans un second temps, de montrer comment la communication s'inscrit dans un environnement matériel et symbolique particulier. Nous défendrons dans un troisième temps l'idée que ces échanges langagiers, perçus sous l'angle de la négociation dans les écrits sur le travail d'articulation, s'apparentent davantage à une « *discussion* » (Detchessahar, 2003 ; 1997). Dès lors, mobilisant la théorie des espaces de discussion de Detchessahar (1997), nous montrerons de quelle façon l'organisation peut soutenir le travail d'articulation et notamment la discussion qui s'ouvre dans les cours d'action.

1.3.1. Retour sur les différentes fonctions de la communication

Mais de quoi parle-t-on exactement lorsqu'on traite de la communication ? Différentes fonctions de la communication se dessinent en effet dans l'usage. Kostulski (2000) distingue pour sa part deux objets dans le dialogue : le dialogue comme « *moyen de réalisation de l'activité* » (p. 418) et, celui qui nous intéresse ici, le dialogue comme moyen de coordonner « *les contributions des différents participants à une activité collective* » (p. 418) et qui implique notamment de « *construire des représentations et des raisonnements leur permettant d'agir ensemble et de façon coordonnée* » (p. 418). Grosjean et Lacoste vont plus loin dans l'analyse : outre ces deux objets qu'ils regroupent sous l'appellation d'échanges verbaux opérationnels (liés à l'hôpital à la dispense de soins et à travers lesquels les acteurs se coordonnent⁵⁶), ils introduisent la possibilité d'« *échanges interstitiels* » qui sont tournés vers le maintien du lien social et enfin d'échanges qu'ils qualifient de « *méta-opérationnels* ». Cette dernière catégorie regroupe les échanges portants « *sur* » l'activité (Lacoste, 2001, p. 33), prenant « *le travail comme objet de discussion* » (Boutet et al., 1995) : organiser l'activité future, répartir le travail, mais aussi revenir sur des actions passées... Une des propriétés du langage est en effet de pouvoir se désigner lui-même. A travers le langage, les acteurs ont ainsi la possibilité d'adopter une attitude réflexive vis-à-vis de leurs pratiques, de prendre de la distance (Lacoste, 2001). Nous faisons ici l'hypothèse que le travail d'articulation mobilise ces différents registres de la communication simultanément.

⁵⁶ Grosjean et Lacoste mettent ici par exemple en évidence ce qu'ils appellent le « *devoir d'annonce* » et qui consiste à rendre intelligible son comportement auprès d'un collègue de manière à ce qu'il puisse anticiper le moment auquel il sera à son tour mobilisé dans l'action.

1.3.2. « L'intrication du langagier et du non langagier » : le rôle des objets dans la vie sociale de l'organisation

Nous souhaitons dans ce travail revenir sur un phénomène fréquemment mis en évidence par les auteurs qui s'intéressent à la communication : l'« *intrication du langagier et du non langagier* » (Boutet *et al.*, 1995, p. 16). Comme ces auteurs le rappellent en effet, « *les statuts et les formes de la parole sont si intimement liés aux conditions et aux finalités du travail qu'il devient impossible de les en isoler* » (p. 25). Nous reviendrons ici sur deux explications principalement proposées par les différents auteurs qui s'intéressent à ce phénomène : la dépendance contextuelle de la communication et les limites de l'interaction de face à face dans l'échange qui appellent à la mobilisation d'objets pour communiquer à distance.

a. *La dépendance contextuelle de la communication*

Grosjean et Lacoste (1999) montrent que « *l'acte de communication ne se réduit pas à un simple décodage, il met en œuvre des mécanismes d'interprétation qui s'appuient sur un traitement contextuel de la signification. Un énoncé n'acquiert véritablement son sens qu'en contexte* » (p. 13). Ainsi, la communication ne peut-être observée en dehors du contexte dans lequel elle s'inscrit : si les mots prononcés par les acteurs sont bien porteurs d'un contenu particulier, ils laissent cependant des « *trous* » (Girin, 1990b, p. 30), que le destinataire du propos doit combler pour donner du sens au message, à l'énoncé produit : de nombreux auteurs reviennent ainsi sur les propriétés du langage et des discours, de l'indexicalité⁵⁷ aux phénomènes d'implication⁵⁸ en passant par l'« *énonciation performative*⁵⁹ » d'Austin (1970). Dès lors, le sens des échanges ne peut être compris hors-contexte et la complexité de la situation de travail doit être prise en compte dans l'analyse (Boutet *et al.*, 1995).

⁵⁷ L'indexicalité est notamment mise en évidence par les ethnométhodologues, nous y reviendrons par la suite. L'indexicalité désigne la capacité de certains mots à « *montrer* » plus qu'à « *représenter* » (Girin, 1990b, p. 24) : le sens de ces mots - tels que « *je* », « *là-bas* », « *demain* »... - « *varie en fonction des circonstances dans lesquels ils sont énoncés* » (*id.*).

⁵⁸ L'implication est un terme utilisé pour montrer que certaines propositions portent des contenus implicites qu'il faut avoir à l'esprit pour donner du sens à celles-ci.

⁵⁹ Austin (1970), dans son ouvrage « *Quand dire, c'est faire* », met en évidence la propriété de certains énoncés de permettre au locuteur d'accomplir une action au moment où il les prononce (par exemple : « *je promets* »). L'auteur parle alors d'« *énonciation performative* ». Or, il fait remarquer que « *ce qu'on vise à faire* » en employant l'énonciation performative, exige souvent le concours d'autre chose que les paroles elles-mêmes : le contexte de l'énonciation (ou les circonstances), par exemple, joue un rôle très important » (p. 25). L'auteur met ainsi lui aussi l'accent sur le rôle du contexte pour donner du sens à l'échange.

- L'indexicalité du langage

Du fait de l'indexicalité du langage, on ne peut comprendre un énoncé qu'en se référant à la « *situation* » (Girin, 1990b et 2001) dans laquelle il a été formulé, ce qui conduit les participants de l'échange à étudier et à prendre en considération la dimension spatiale (les lieux, les objets et la façon dont ils sont disposés), temporelle (le moment de l'échange, les délais qui lui sont associés...) et sociale (les autres participants) de l'échange pour en comprendre le sens. A ce propos, Lacoste (2001) écrit que « *la dépendance contextuelle de la communication amène à mettre l'accent sur l'écologie des activités : l'espace visuel et auditif commun est le ciment du fonctionnement de groupe. La disposition de la salle, les places respectives des différents agents, l'accès aux sources d'information, conditionnent en bonne part les communications* » (Lacoste, 2001, p. 36). Ainsi, on ne peut comprendre un échange indépendamment de l'environnement physique et immédiat dans lequel il s'inscrit. Et dans le même temps, on le voit avec Lacoste (2001), cet environnement conditionne l'activité communicationnelle.

- La « *contextualité* » des échanges

Mais au-delà de l'indexicalité, Girin (1990b) met en évidence la « *contextualité* » des échanges (p. 27), un concept à travers lequel il suggère qu'attribuer du sens à un échange met également en jeu « *des systèmes de représentation* » particuliers (p. 27-28). Girin propose la notion de « *contexte* » pour caractériser ce système de représentation, une notion qu'il rapproche de celle de « *cadre* » de Goffman (1991)⁶⁰. La portée de ce concept est double. D'une part, celui-ci suggère l'existence de « *connaissances d'arrière-plans* » (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 15), de savoirs partagés préexistants (Lacoste, 2001 ; Borzeix, 1991) qui permettent d'interpréter les échanges, de leur donner du sens. Goffman (1991) écrit ainsi : « *Identifier un événement parmi d'autres, c'est faire appel, en règle générale, et quelle que soit l'activité du moment, à un ou plusieurs cadres ou schèmes interprétatifs que l'on dira primaires (...). Est primaire un cadre qui nous permet, dans une situation donnée, d'accorder du sens à tel ou tel de ses aspects, lequel autrement serait dépourvu de signification* » (p. 30). Mais d'autre part, « *un cadre ne se contente pas d'organiser le sens des activités ; il organise également des engagements. (...) Tout cadre*

⁶⁰ Girin (2001) reviendra toutefois sur sa définition du « *contexte* » en la différenciant de la notion de « *cadre* » comme suit : « *la question du cadrage est celle de savoir de quoi relève ce qui se dit et ce qui se passe* » (p. 175) tandis que « *la question du contexte est celle de savoir de quelles ressources cognitives disposent les partenaires d'une interaction pour interpréter ce qui se dit et ce qui se passe, une fois résolue celle du cadrage* » (p. 175) ou pour le dire autrement de quels savoirs explicites et implicites les acteurs disposent-ils « *pour compléter les « contenus » fondamentalement incomplets des échanges langagiers* » (p. 177).

implique des attentes normatives » (p. 338) et « *chaque cadre social comporte ses propres règles* » (p. 33). Ainsi, ces cadres guident l'action ou les réactions des participants à l'échange, conduisant Goffman (1991) à parler d'« *actions pilotées* » par ces cadres (p. 33). Il souligne par là que « *la parole est socialement organisée* » (Goffman, 1988, p. 148). Grosjean et Lacoste (1999) puis Lacoste (2001), revenant sur cette question du contexte de l'échange, montrent que ces cadres sont construits par les acteurs : « *ces cadres participatifs forgés par les acteurs configurent les échanges* » (Lacoste, 2001, p. 32). Les auteurs ne s'interrogent pas du tout en revanche sur la façon dont l'organisation peut soutenir les acteurs dans la construction et le partage de ces registres d'interprétation et d'action communs.

Durand (2005) va plus loin sur cette question en montrant que ces cadres sont largement tirés de l'expérience individuelle et collective. Il propose la notion de « *cadre de compétence* » pour pallier celle de « *cadre interprétatif* » ou « *cadre d'expérience* » de Goffman, selon lui trop réductrice. « *Les cadres de compétence résument, contractent et condensent l'expérience passée* » (p. 216-17). Ils définissent ainsi ce qui permet de réagir, ce qui marche, en s'inspirant de l'expérience vécue. Durand montre que ces cadres, loin d'être figés, sont constamment révisés, enrichis, adaptés par les acteurs : « *Les cadres de compétence forment un patchwork en permanente évolution. Ils sont mouvants, multiples, enchevêtrés, interdépendants, adaptables à travers l'apprentissage qu'ils rendent possible* » (p. 216-17).

Finalement, si le travail d'articulation est en premier lieu une activité communicationnelle, il ne peut être appréhendé en dehors du contexte dans lequel il s'inscrit (dimension spatiale, temporelle et sociale) mais aussi des ressources symboliques dont les acteurs disposent pour interpréter, donner du sens aux échanges et agir.

b. Limite de l'interaction en face à face : le rôle des objets dans les communications à distance

Si la communication dans les établissements de santé se déroule fréquemment dans le cadre d'interactions en face à face, la dispersion géographique et l'éclatement temporel de l'activité, dont nous avons au préalable fait état, appellent également à prendre en considération les communications à distance.

Revenons tout d'abord sur les caractéristiques de l'interaction en face à face. Il est à noter que le langage non-verbal est tout à fait prégnant dans l'échange langagier⁶¹. Or, il

⁶¹ Pour poursuivre la comparaison avec le mode de coordination par l'ajustement mutuel envisagé par Mintzberg (1982), nous pouvons noter, avec Nizet et Pichault (1995), que cette dimension de la

appelle à prêter attention à l'environnement matériel dans lequel il s'insère et sur lequel il prend largement appui (il s'agit par exemple d'étudier la façon dont les lieux sont organisés pour favoriser la coordination visuelle).

Toutefois, Grosjean et Lacoste (1999) rappellent que la coordination par l'interaction en face à face est astreinte à certaines limites : elle ne permet pas de penser la coordination à distance - or, l'espace ne se limite pas aux possibilités d'énonciation - ou entre des acteurs qui ne travaillent pas lors des mêmes cycles d'activité - or, la temporalité du travail ne se limite pas au présent immédiat. Ils mettent dès lors en évidence le rôle des objets dans la vie sociale de l'organisation en soulignant « *l'étroite interrelation entre l'action individuelle, le jeu des groupes et des collectifs, les dispositifs matériels mobilisés dans l'action comme support, moyens, ou produits* » (p. 30).

Ils mènent notamment une importante réflexion sur l'écrit : ils montrent que celui-ci joue un rôle essentiel dans la coordination entre les personnels de soins par la traduction qu'il opère. L'écrit permet de transformer des faits événementiels spécifiques en données structurées, utilisables par d'autres, il est ainsi fréquemment interrogé dans son rapport à l'oral (Goody, 1994). L'écrit facilite notamment les « *échanges méta-opérationnels* » (Grosjean et Lacoste, 1999) dont nous avons fait état précédemment : « *L'écriture met une distance entre l'homme et ses actes verbaux. Il peut désormais examiner ce qu'il dit plus objectivement. Il peut s'écarter de sa propre création, la commenter et même la corriger, du point de vue du style comme de la syntaxe. On a donc face à l'écrit une attitude différente de celle qu'on a devant un énoncé oral* » (Goody, 1979, p. 250).

Grosjean et Lacoste (1999) mettent également en évidence le rôle central d'une tâche prescrite par l'organisation dans le développement d'une intelligence collective au sein des collectifs hospitaliers : le travail de relève. Celui-ci est extrêmement structuré par l'organisation (qui doit y être, où, à quel moment...) et c'est un moment clé pour assurer la continuité temporelle des activités mais aussi pour réguler les dysfonctionnements en cours (Boucheix et Coiron, 2008). La période de relève permet de procéder à un retour réflexif sur la situation actuelle ou passée (Journé et Raulet-Croset, 2008). Au même titre que l'écrit, elle génère ainsi des « *échanges méta-opérationnels* ». Au-delà des aspects cognitifs, Grosjean et Lacoste (1999) montrent que la période de relève favorise la reconnaissance du travail de chacun, l'expression des sentiments et des émotions : elle permet que « *le groupe se parle et se voit dans la continuité au lieu de se vivre dans un*

coordination (non verbale : visuelle ou gestuelle) ne semble pas envisagée par Mintzberg. Elle apparaît pourtant tout à fait centrale dans nos résultats de terrain, nous le verrons par la suite.

éclatement permanent » (p. 110). Elle assure en ce sens le maintien du lien social, donc l'« *échange interstitiel* ». En cela, l'organisation - ici à travers le travail de relève - constitue parfois une ressource centrale pour le travail d'articulation opérationnelle qui ne peut être appréhendé en dehors du contexte organisationnel dans lequel il s'inscrit.

Mais s'il faut nécessairement prendre en considération l'environnement matériel, social et organisationnel dans lequel s'ancre le travail d'articulation, ce n'est pas seulement parce que celui-ci constitue une ressource pour l'action : l'environnement va également contraindre les communications entre les acteurs. Boutet *et al.* (1995) écrivent à ce propos : « *Les discours au travail (...) ont pour caractéristique majeure leur intrication avec le monde des objets techniques, leur insertion dans des relations sociales, des espaces et des temporalités qui les contraignent fortement* » (p. 15)⁶².

Finalement, les échanges langagiers s'inscrivent dans un environnement matériel et symbolique particulier. Ce constat est essentiel pour bien comprendre que l'on ne peut dissocier le travail d'articulation du contexte organisationnel dans lequel il se déroule à un moment donné. Ainsi, l'organisation s'érige comme une ressource tout autant qu'une contrainte à l'activité communicationnelle. Dans la suite de notre propos, nous prolongerons cette réflexion en mobilisant simultanément les concepts de « *discussion* » et d'« *espace de discussion* » proposés par Detchessahar (1997).

1.3.3. Plus qu'une négociation... une discussion

a. De la négociation à la discussion

Les écrits sur le travail d'articulation placent la « *négociation* » au cœur du processus (Strauss, 1992a, Fujimura, 1987, Strauss et Corbin, 1993). Ainsi, Strauss (1992a) défend l'idée de l'existence d'un ordre social négocié et appelle à étudier les interactions entre les acteurs, restituées dans leur contexte précis, pour expliquer l'ordre social. Le travail d'organisation est quant à lui présenté par ses auteurs comme une « *quasi-négociation* »

⁶² Ainsi, de nombreux écrits attirent l'attention sur les risques liés à une rationalisation excessive du travail qui pèserait sur cette activité dialogique pourtant primordiale. Par exemple, Voirol (2001) met en garde contre la planification des tâches qui, du fait de la temporalité qu'elle impose de l'extérieur aux collectifs de travail, entrave potentiellement les temps d'échange dans les cours d'action. Toutefois, nous souhaitons ici souligner le fait qu'avec les travaux de Terssac et Dubois (1992), d'autres formes de rationalisation du cadre de l'action sont aujourd'hui envisageables, davantage tournées vers la flexibilité du système. Cela revient à interroger la façon dont l'organisation peut soutenir ces échanges langagiers d'une façon performante. Nous y reviendrons par la suite.

(de Terssac et Lalande, 2002, p. 191) à travers laquelle les acteurs remettent en cause les règles formelles pour en construire de nouvelles, plus efficaces⁶³.

En effet, nous l'avons montré au préalable, l'hôpital fait cohabiter différents mondes d'action (Glouberman et Mintzberg, 2001) aux langage, logiques, contraintes et intérêts bien distincts et potentiellement divergents (Grosjean et Lacoste, 1999). Confrontés à un événement, nous avons vu que les acteurs devaient prendre une décision sur l'action à mener (Zarifian, 1995). Cette décision implique un arbitrage entre ces différentes logiques d'action. Grosjean et Lacoste (1999) montrent ainsi que les personnels hospitaliers doivent constamment arbitrer entre différentes logiques, du bien-être du patient à la protection de leurs intérêts collectifs et professionnels, en passant par des impératifs techniques, *etc.* La décision ne peut donc être entièrement préprogrammée, « câblée » (Veltz & Zarifian, 1993, p. 11) dans l'organisation : l'arbitrage est au contraire contingent à chacune des situations et doit être opéré sur le moment, entre les acteurs concernés⁶⁴. Dans les écrits sur le travail d'articulation, cet arbitrage prend la forme d'une « négociation ». Et la négociation est finalement présentée comme l'activité centrale des acteurs dans ce travail d'articulation. Par exemple, Fujimura (1987), montrant que d'éventuels conflits entre les différents mondes sociaux concernés par le résultat du travail peuvent survenir, apparente le travail d'articulation rendu nécessaire à un travail d'arbitrage, de négociation, entre ces différents mondes. La négociation est finalement le mode de coordination dominant dans les établissements de santé selon Strauss (1992a) qui met en évidence les « débats de trajectoire » (p. 172) qui peuvent survenir sur chaque prise en charge de patient. Ces débats relèvent de visions différentes sur les causes de l'événement, mais surtout de conflits d'intérêts potentiels sur la façon de le gérer et sur les actions à mettre en place.

Toutefois, la notion de « négociation » ne nous semble pas tout à fait adaptée au phénomène qui nous intéresse ici. Elle est proche en effet du terme de « marchandage » - et est d'ailleurs employée comme tel chez Strauss (1992a, p. 95) - qui désigne un « échange négocié de comportements » (Detchessahar, 1997, p. 35). Il apparaît dès lors

⁶³ Les auteurs parlent de quasi-négociation pour se différencier de la négociation mise en évidence par Reynaud dans la théorie de la régulation sociale (1988, 1997) et qui comporte une dimension explicite. La négociation des règles chez de Terssac demeure du domaine de l'implicite - une négociation plus « implicite qu'explicite » (de Terssac et Lalande, 2002, p. 196).

⁶⁴ Pour autant, l'organisation doit pouvoir soutenir ces arbitrages mais par d'autres voies que la normalisation et la planification du travail. Ainsi, Ughetto (2007) écrit-il : « La réalisation d'arbitrages sur ce qu'il faut effectivement faire au nom de l'organisation prend une importance qui explique les tensions éprouvées par les salariés mais aussi, du même coup, les attentes de soutien de la part de l'organisation, de la hiérarchie, des outils de gestion » (p. 107).

que ce sont davantage les conditions ou les « *termes de l'échange* » (Friedberg, 1992, p. 548) qui sont discutés lorsqu'on traite de négociation. On retrouve par exemple cet usage du terme de négociation chez March (1988) lorsqu'il appréhende l'entreprise comme une coalition politique⁶⁵, ou encore chez Friedberg (1992). Ainsi, le « *système d'action concret* » de Crozier et Friedberg (1977) structure un espace d'échange au sein duquel les acteurs négocient, s'échangent ou plutôt marchandent des comportements dont les uns et les autres ont besoin pour poursuivre leurs intérêts propres (Friedberg, 1992). A cet égard, l'auteur parle de « *relations d'échange négocié à travers lesquelles chaque acteur cherche à « vendre » ses comportements aux autres aussi avantageusement que possible, tout en leur « achetant » au moindre prix les comportements dont il a besoin* » (p. 548). Pourtant, si l'on en croit les écrits de Zarifian (1995), face à un événement, la solution reste toute entière à élaborer, et le travail d'articulation est davantage qu'un travail de négociation des termes de l'échange à travers lequel chacun chercherait à orienter la décision vers un comportement déjà bien défini. Dès lors, nous préférons au terme de « *négociation* », le terme de « *discussion* », emprunté à Detchessahar (2003 ; 1997) afin de mettre l'accent sur la dimension « *délibérative et politique*⁶⁶ » (2003, p. 73) de l'échange, mais aussi sur le processus de construction locale de la solution qui reste toute entière à élaborer par le collectif (1997).

b. Les espaces de discussion

Or, Detchessahar (1997) en introduisant le terme de « *discussion* » met en évidence l'existence d'arènes spécifiques au sein desquelles la discussion est équipée, outillée : les « *espaces de discussion* ». Nous avons vu au préalable que les écrits sur le travail d'articulation et d'organisation, auxquels nous pouvons ajouter avec Grevin (2011) les travaux sur la TRS, peinaient à penser la façon dont l'organisation pouvait soutenir les régulations à l'œuvre dans les cours d'action, ces constants arbitrages à opérer, et que nous avons nommés « *discussion* » (Detchessahar, 2003 ; 1997). Nous avons vu par là la nécessité, dans une perspective gestionnaire, de prolonger la réflexion. Nous avons noté par ailleurs l'importance de la dimension d'apprentissage du système à travers laquelle

⁶⁵ Appréhendant l'entreprise comme une coalition politique, les comportements sont négociés entre les acteurs chez March (1988) à partir du « *coût marginal de chaque participant à une coalition donnée* » (p. 27).

⁶⁶ Ainsi, le terme de « *discussion* » ne renvoie pas à la dimension purement utilitaire du langage, à la simple transmission d'information. Quand Detchessahar (2003) parle de la « *dimension délibérative et politique* » de l'échange, il désigne celui-ci comme le processus par lequel les acteurs parviennent à « *se mettre d'accord, à la fois sur des objectifs communs et sur les interactions entre activités que nécessite la réalisation de ces objectifs* » (Veltz & Zarifian, 1993, p. 20).

l'organisation est en mesure d'apprendre de ces discussions, d'évoluer, pour améliorer les conditions d'activité futures. C'est dans cette perspective que nous mobilisons la théorie des espaces de discussion portée par Detchessahar (1997). L'espace de discussion est un espace d'échange structuré par des architectures, des outils, des systèmes d'informations particuliers⁶⁷ (*id.*, 2003) qui doivent informer la discussion, mais aussi soutenir les mécanismes discursifs à l'œuvre dans la discussion (*id.*, 1999), de manière à la rendre la plus productive possible. La performance est ainsi bel et bien au cœur de l'espace de discussion mais à condition que « *les individus participent effectivement aux processus discursifs et que l'autonomie conquise soit mise au service d'une discussion « vraie », c'est-à-dire débarrassée de considérations stratégiques et guidée par la seule recherche de la meilleure solution* » (*id.*, 2003, p. 74). L'existence de cet espace de discussion conduit à reconnaître la dimension communicationnelle du travail, mais aussi et surtout à lui donner une légitimité (*id.*). On introduit alors l'idée, à travers le concept d'« *espace de discussion* » de la possibilité pour l'organisation de soutenir le travail de réorganisation qu'entreprennent les acteurs dans les cours d'action. L'espace de discussion fonctionne comme « *un espace de conventionnalisation, c'est-à-dire de construction de procédures collectives de résolution et d'interprétation de problèmes. Ces conventions sont à la fois une condition et un résultat de la dynamique conversationnelle* » (1999, p. 29-30). En employant l'expression de « *conventionnalisation* », l'auteur introduit une nuance importante par rapport au mouvement de généralisation mis en évidence par de Terssac et Lalande (2002). Si un certain nombre d'éléments générés par la discussion doivent effectivement remonter le long de la ligne hiérarchique de façon à atteindre et transformer l'organisation formelle, l'auteur considère que bon nombre de dispositifs informels, de solutions co-construites localement par les acteurs au sein de ces espaces ne nécessitent pas d'être institutionnalisés. C'est davantage dans cette perspective que s'inscrit ce travail de thèse. Il s'agit alors surtout de questionner la manière dont l'organisation peut équiper, soutenir cette intelligence locale qui procure au système une certaine souplesse puisque c'est ici que s'élaborent les compromis d'action face aux contradictions, aux contraintes de l'activité.

⁶⁷ Ainsi, l'espace de discussion déborde la seule dimension spatiale (sur cette dimension, on peut citer l'exemple d'une réunion entre les membres d'une équipe dans un même lieu physique) : la discussion peut également s'organiser autour de certains outils de gestion (par exemple : système informatique, cahier de transmission...), nous le verrons par la suite.

Finalement, nous retiendrons de l'ensemble de ces écrits deux résultats importants pour l'objet d'étude qui nous intéresse : (1) Ce qui est mobilisé dans l'interaction présente ne se limite pas à l'ici et au maintenant et les acteurs recourent à des ressources qui feront le lien entre les situations de travail passées, présentes et futures (rôle de la période de relève, des savoirs partagés issus des expériences passées ou du système de règles construit collectivement et intériorisé...) ou entre des espaces différents (par exemple les écrits). (2) L'organisation peut soutenir et faciliter les régulations que réalisent les acteurs dans les cours d'action en outillant et animant la discussion dans des espaces adéquats (Detchessahar, 1997). Il s'agira dès lors dans ce travail de considérer la communication dans son rapport à l'oral, à l'écrit, à l'espace, au temps, aux outils et à l'organisation, comme suggèrent de le faire Grosjean et Lacoste (1999).

*

Nous souhaitons conclure cette partie par l'orientation que nous allons donner à ce travail compte-tenu des différents écrits que nous avons recensés sur la question qui nous intéresse. Au regard de ces différents travaux mais également des limites que nous avons pointées, il s'agira dans l'analyse de la coordination au sein des établissements de santé de tenir compte de plusieurs dimensions :

- Notre attention se portera sur les situations de travail réelles, dans la lignée des travaux d'Alsène et Pichault (2007), puisqu'on le voit avec les écrits de Strauss (1992a), la coordination par le plan est astreinte à certaines limites du fait de la contingence de l'activité de soins. Dans ces situations, nous accorderons une attention toute particulière aux interactions entre les acteurs et à leurs échanges langagiers, ayant placé la discussion (Detchessahar, 2003 ; 1997) au cœur du travail d'articulation.
- Mais dans le même temps, du fait de la dispersion géographique et du décalage temporel des activités, on ne peut envisager la coordination uniquement dans une situation d'interaction en face à face ce qui oblige à observer le rôle des objets dans la vie sociale de l'organisation. Dans cette perspective, nous souhaitons aller au-delà des travaux existants sur le travail d'articulation en interrogeant le rapport entre activité et organisation. En effet, l'activité ne se déroule pas seulement dans un environnement spécifique, elle interagit avec celui-ci. Il s'agira d'une part de questionner la façon dont les arrangements et bricolages locaux, dont les produits de la discussion, transforment l'organisation du travail existante. Nous remettrons ainsi en question, avec de Terssac et Dubois (1992), le clivage traditionnellement opéré entre conception et exécution. Les personnels de soins seront considérés comme des

acteurs de la conception tout autant que de l'exécution et nous chercherons par là à observer la façon dont ils agissent sur l'organisation et transforment les conditions de leur activité future, à la fois dans les tâches de production (nouvelles règles d'exécution, de fonctionnement, d'organisation, éventuellement nouveaux outils...) et d'articulation (comment les acteurs s'ouvrent-ils de nouveaux espaces d'action, de délibération... ?), pour reprendre la distinction opérée par Fujimura (1987). D'autre part, notre point de vue gestionnaire nous conduira à interroger la façon dont l'organisation peut soutenir ce travail d'articulation et notamment les régulations qu'effectuent les acteurs dans les cours d'action, en nous appuyant sur les écrits de Detchessahar (1997) sur l'ingénierie des « *espaces de discussion* ».

Le travail d'articulation sera dès lors considéré à travers ces deux dimensions : on étudiera la façon dont les acteurs s'articulent entre eux (analyse des interactions verbales et non verbales) mais aussi avec l'organisation⁶⁸. Cette perspective invite à se doter d'un autre cadre d'analyse du travail d'articulation que celui suggéré dans les différents écrits que nous avons identifiés, un cadre qui porte un regard différent à la fois sur le travail et sur l'organisation et « pense » ce lien entre activité et organisation : c'est finalement le travail d'articulation « situé » organisationnellement⁶⁹ que nous chercherons à saisir dans la thèse. Ainsi, la suite de ce chapitre sera consacrée à une réflexion autour de ce déplacement d'unité d'analyse. Nous reviendrons tout d'abord sur les différents courants disciplinaires qui se sont emparés de cette question (2) pour les comparer et, *in fine*, présenter le cadre d'analyse retenu dans ce travail (3).

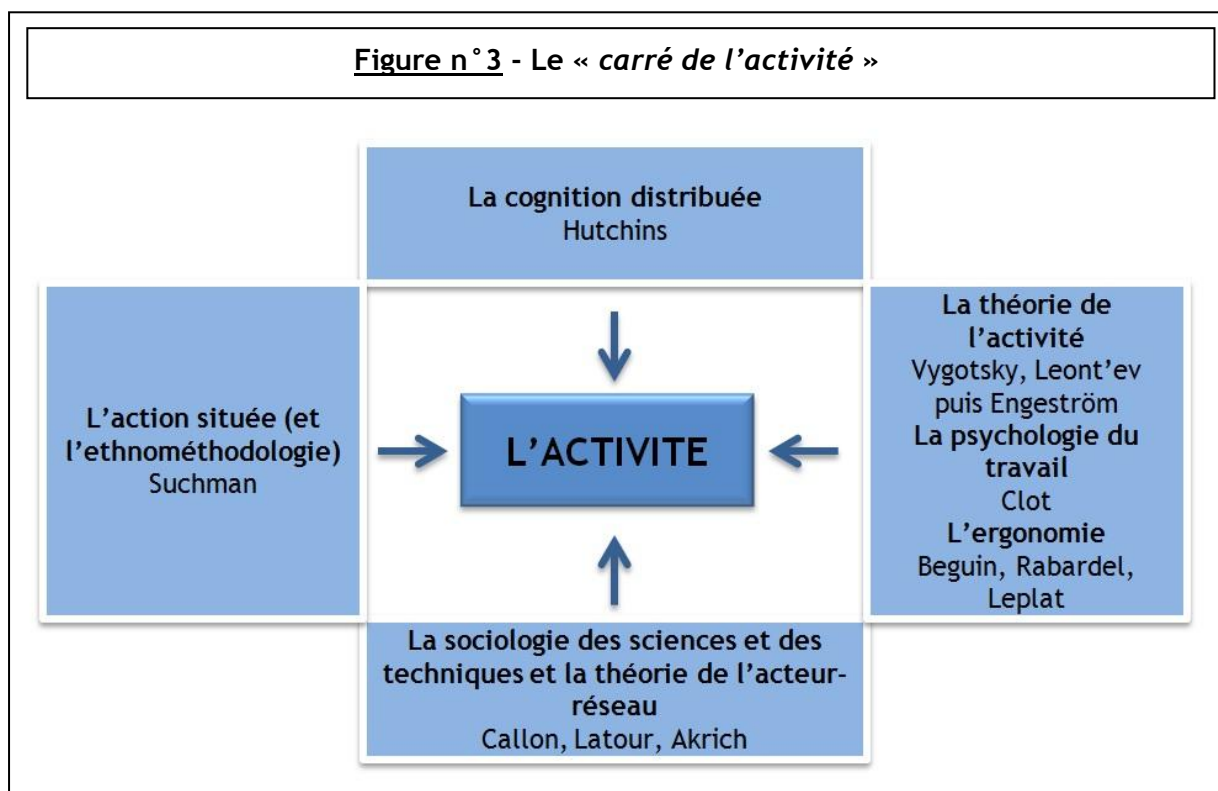
2. REGARDS SUR L'ACTIVITÉ : LE « CARRÉ DE L'ACTIVITÉ »

« *L'activité est un objet qui déborde toutes les réductions disciplinaires qu'on peut en faire* » (Leplat, 1997, p. 4). Ainsi, différents courants de pensée se sont intéressés à l'analyse de l'activité, que ce soit en sociologie, en psychologie du travail, ou encore en ergonomie. Il nous semble nécessaire dans cette perspective de faire un détour par ces différentes approches, afin de saisir plus avant les implications d'une entrée par un tel niveau d'analyse, mais aussi de nous situer par rapport à elles. C'est de cette façon que nous pourrions expliciter le cadre théorique retenu dans la thèse.

⁶⁸ Cette perspective appelle, avec Conein et Jacobin (1994), à se doter d'une unité d'analyse qui « *intègre à la fois la relations entre les personnes et avec l'environnement* » (p. 497), ce que nous tâcherons de faire dans le développement qui suit.

⁶⁹ Pour faire écho à l'expression d'activité « *située* » organisationnellement proposée par Lorino et Teulier (2005, p. 13)

Cherchant à inscrire ce courant de l'activité sur le plan international, Licoppe (2008a) décrit l'espace de recherche ainsi constitué comme un « carré » bordé par quatre perspectives (p. 289, voir figure n°3) sur lesquelles nous nous proposons de revenir brièvement pour bien comprendre l'approche retenue dans ce travail : le courant de l'action située (Suchman) (2.1), le modèle de la cognition distribuée (sous l'influence des travaux d'Hutchins) (2.2), la théorie de l'activité (Vygotsky, Leont'ev et plus récemment Engeström) et ses déclinaisons françaises (la psychologie clinique du travail portée par Clot et l'ergonomie) (2.3), et la sociologie des sciences et des techniques (Callon, Latour, Akrich) (2.4).



Source : d'après Licoppe (2008a)

2.1. La théorie de l'action située

La théorie de l'action située résulte des travaux de Suchman⁷⁰ et notamment de ses écrits sur l'interaction homme/machine⁷¹, développés en 1987 dans son ouvrage *Plans and*

⁷⁰ La référence à Suchman est intéressante dans nos travaux puisque l'auteur a elle-même travaillé sur la question du travail d'articulation (1996). Elle le définit comme « *l'effort permanent nécessaire pour assembler des éléments discontinus* » (p. 407) et appelle à reconnaître ce travail de façon à l'équiper, le soutenir. Ainsi, on voit bien que, pour cet auteur, on ne peut envisager d'équiper le travail d'articulation sans lui redonner une certaine visibilité, ce qui corrobore les réflexions que nous avons menées au préalable. La nécessité de « *rendre le travail visible* » pour mieux le soutenir est au cœur des écrits de Suchman (1995).

⁷¹ Suchman s'intéresse ici à l'interaction entre deux acteurs et une photocopieuse évoluée car munie d'un « *système expert d'aide* » qui dicte ainsi aux acteurs ce qu'ils sont censés faire (Theureau, 2004, p. 13).

situated actions. The problem of human-machine communication, que nous nous proposons de rappeler dans un premier temps. Ces écrits s'inscrivent dans un courant particulier, l'ethnométhodologie, que nous présenterons brièvement dans un second temps.

2.1.1. Les écrits de Suchman

Remettant en question le « *paradigme computo-représentationaliste alors dominant* » (Relieu *et al.*, 2004), Suchman (1987) s'oppose à la vision traditionnelle du plan qui prédit et induit l'action. Valléry (2004) synthétise très bien les principaux points d'importance de cette théorie, sur lesquels nous allons revenir de façon plus approfondie. Il écrit ainsi que, dans le courant de l'action située, « *l'action n'est pas seulement mise en rapport avec des objectifs ; elle est construite en situation, ne se réduit pas à une simple exécution des règles, et dépend étroitement des circonstances locales, matérielles et sociales qui la déterminent et la signifient* » (p. 123).

Ainsi, selon Suchman (1987), le plan n'a pas de valeur prescriptive pour l'action. En effet, le plan ne peut anticiper « *les circonstances matérielles et sociales de l'action* » dans ses moindres détails (p. 50 et 52). Or, pour l'auteur, l'action est nécessairement située, elle dépend et s'ajuste aux contingences locales, à la fois matérielles et sociales, dans lesquelles elle se déroule : Suchman introduit ainsi le concept de l'« *action située* » (1987, p. 50) ou encore de l'action *in situ* (p. 51) pour mettre l'accent sur l'« *ancrage matériel et social* » de l'action (Relieu *et al.*, 2004). On est bien ici dans une « *approche contextuelle de l'action* » (Béguin et Clot, 2004, p. 38). Dans cette optique, Suchman met l'accent sur la capacité d'improvisation des acteurs, à contrario des machines et sur l'opportunisme de l'action « *contre* » la planification (Rogalski, 2004, p. 108).

L'auteur s'intéresse alors à la façon dont les acteurs produisent de l'intelligibilité mutuelle. Elle souligne en effet, à l'instar de Weick (Weick 1995 ; Weick *et al.*, 2005) que le sens de l'action n'est jamais donné mais toujours reconstruit. L'auteur pointe ici le rôle du langage qu'elle apparente à une « *forme de l'action située* » (p. 59). C'est à travers le langage, à travers l'interaction, que les acteurs aboutissent à une compréhension partagée de l'action : « *l'action est sociale dans ce sens que nous comprenons son développement selon les façons dont nous l'avons construite dans les cours d'interaction avec les autres* » (Theureau, 2004, p. 14). Finalement, la stabilité du monde social ne tient pas à une structure permanente mais à des actions situées qui génèrent des compréhensions partagées lors d'interactions (Suchman, 1987). Favorisant par là « *le passage de la notion de plan-programme à celle de plan-communication* » (Grisson, 2004, p. 29), l'action située conduit à un déplacement de l'attention vers de nouveaux objets théoriques (Relieu *et al.*,

2004), et notamment vers l'interaction sociale⁷² qui constitue l'unité d'analyse au cœur du courant de l'action située (Darses *et al.*, 2004).

Par ailleurs, Suchman (1987) rappelle l'indexicalité du langage : l'interprétation, la compréhension des échanges langagiers dépend du contexte. Elle écrit ainsi : « *Notre utilisation située du langage, et conséquemment la signification de ce que nous disons, présuppose et implique un ensemble de choses qui ne sont jamais mentionnées en soi*⁷³ » (p. 60). Dès lors, pour comprendre les échanges, l'arrière-plan de la situation est essentiel. L'action « *ne peut être interprétée qu'en référence à des éléments repérables en situation, faisant appel à un ensemble de ressources matérielles et sociales de son environnement* » (Valléry, 2004, p. 122). De ce fait, si les actions ne sont pas déterminées par les plans, ceux-ci constituent une ressource importante (mais pas la seule) pour « *produire du sens dans l'action* » (Suchman, 1987, p. 66). Le plan soutiendra notamment les acteurs, en les orientant, lors des interactions locales et plus précisément lorsqu'éclatent des « *délibérations* » ou des « *discussions* » (p. 52) entre les individus.

2.1.2. La proximité avec l'ethnométhodologie

Pour conclure sur la théorie de l'action située, rappelons que les écrits de Suchman s'inscrivent dans une branche particulière de la sociologie : l'ethnométhodologie. En effet, dans cette « *posture empirique* », « *les descriptions (...) sont traitées sous l'angle de leur rapport « indexical » à l'action* » (Licoppe, 2008a, p. 292). L'indexicalité dont traite la théorie de l'action située est donc au cœur de l'ethnométhodologie. Cette posture appelle à des modes de collecte de données particuliers à travers lesquels les chercheurs analysent les conversations : il s'agit de méthodes d'analyse en situations réelles, telles que l'ethnographie. Or, selon Theureau (2004), « *Pour Suchman, si l'action a pu apparaître comme suivant des plans symboliques (...) c'est grâce à une illusion rétrospective, celle qui est engendrée par les récits réflexifs que nous faisons de nos actions. Cette illusion rétrospective, c'est que nous croyons que les descriptions que nous effectuons ainsi de nos actions, qui nous apparaissent comme des récits suivant un plan, rendent compte de la production (ou genèse) de ces actions* » (Theureau, 2004, p. 14). Cette « *illusion rétrospective* » appelle, dans la lignée de l'ethnométhodologie, à déployer de nouvelles

⁷² En ce sens, la théorie de l'action située s'inscrit dans le prolongement de la sociologie interactionniste notamment goffmanienne, Goffman (1988 et 1991) définissant la « *situation sociale* » par le biais des interactions entre les acteurs.

⁷³ Traduit de l'expression d'origine : « *Our situated use of language, and consequently language's significance, presupposes and implies an horizon of things that are never actually mentioned* » (Suchman, 1987, p. 60).

méthodes de recueil de données (autres que les expérimentations en laboratoire), à travers lesquelles le chercheur est en mesure d'observer des séquences d'interaction⁷⁴.

2.2. La théorie de la cognition distribuée

La théorie de la cognition distribuée constitue le second courant présenté par Licoppe (2008a) dans le « *carré de l'activité* ». Elle provient notamment des travaux d'Hutchins (son article sur la mémoire du cockpit de 1994, puis son ouvrage *Cognition in the wild* de 1995) et constitue une critique du paradigme des sciences cognitives alors dominant. Ce courant représente selon de Fornel et Quéré (1999) une « *orientation écologique du paradigme de l'action située* » (p. 25) car il cherche à « *alléger la cognition des agents en transférant une partie des tâches cognitives sur l'environnement. (...) De plus, en aménageant et en structurant leur environnement, les agents pré-organisent leur champ pratique* » (p. 24). Revenons de manière plus poussée sur ces différentes propositions.

S'intéressant à la « *cognition dans des situations du monde réel* » (1994, p. 452), Hutchins défend l'idée selon laquelle l'activité cognitive ne résulte pas uniquement de processus mentaux internes à l'individu, mais d'un « *système fonctionnel* » (p. 471) qui inclut des « *agents humains, des artefacts et des objets en interaction* » (Darses et al., 2004, p. 198). Dans son analyse du pilotage des avions, Hutchins (1994) étudie les différents supports informationnels des pilotes. Il interroge ainsi le système fonctionnel que constitue le cockpit, qualifié de « *système cognitif* » (Hutchins, 1994, p. 460), dans sa capacité à livrer des informations (de Fornel et Quéré, 1999) ou des « *états représentationnels* » (Hutchins, 1994, p. 464). Il montre que le cockpit est doté d'une « *mémoire* » (p. 464) qui permet d'alléger l'effort cognitif qu'exige, pour les pilotes, l'atterrissage d'un avion.

De ce fait, l'unité d'analyse mobilisée dans la théorie de la cognition distribuée diffère de celle de l'action située : on passe de l'analyse des interactions à l'analyse d'un système fonctionnel (le « *cockpit* » dans son article de 1994). Mais l'auteur ne délaisse pas pour autant l'interaction puisqu'au sein du système fonctionnel étudié, ce sont justement « *les interactions des personnes entre elles et avec la structure physique de leur environnement* » (Hutchins, 1994, p. 470), « *les interactions entre les représentations*

⁷⁴ Ce constat conduit Theureau, dans le prolongement de l'ethnométhodologie, à proposer un nouvel objet théorique, le « *cours d'action* », et à ouvrir un observatoire qui développe ses propres méthodes de construction de données empiriques par rapport à cet objet d'étude (méthode de verbalisation simultanée, auto-confrontation...) (Theureau, 2004). Le « *cours d'action* », représente « *ce qui, dans l'activité observable à l'instant t d'un acteur dans un état déterminé, engagé activement dans un environnement physique et social déterminé et appartenant à une culture déterminée, est préréflexif, significatif pour cet acteur à cet instant, ou montrable, racontable et commentable par lui à cet instant à un observateur-interlocuteur moyennant des conditions favorables* » (Theureau, 2005, p. 119).

externes et internes » (id., p. 471) qui l'intéressent. La question de la coopération (Conein et Jacobin, 1994) ou de la coordination s'inscrit ainsi au cœur du modèle de la cognition distribuée. Les acteurs et les artefacts qui composent le système fonctionnel vont se coordonner pour accomplir des fonctions cognitives (Licoppe, 2008b), comme le montrent Heath et Luff (1994) dans leur analyse de l'activité de régulation du métro lorsqu'ils mettent l'accent sur une forme de complémentarité entre les outils, les acteurs et les modes d'organisation du travail (p. 539).

L'environnement est ainsi d'une certaine façon habilitant : il offre des perspectives aux acteurs puisque les artefacts, en prenant en charge une partie des fonctions cognitives nécessaires à l'action, vont permettre un « *allègement cognitif* » (Licoppe, 2008b, p. 426). Mais l'environnement décrit par le modèle de la cognition distribuée est dans le même temps contraignant : il restreint, d'une certaine manière, les capacités d'action des acteurs puisqu'« *une grande partie de l'organisation de la conduite est soustraite à l'agent, prise en charge par la structure de l'objet ou du système avec lequel il se coordonne* » (Béguin et Clot, 2004, p. 42). Le courant de la cognition distribuée donne aux objets et aux acteurs la même place dans le système fonctionnel : ces artefacts ne se contentent pas d'aider, de soutenir la mémoire des pilotes, « *une large partie de la fonction mémorielle se tient en dehors de l'individu* » (Hutchins, 1994, p. 471). Les artefacts, lorsqu'ils sont des supports informationnels efficaces, vont finalement guider l'activité (Conein et Jacobin, 1994). Dans cette perspective, le modèle de la cognition distribuée sous-tend une « *dimension holiste* » (Licoppe, 2008a, p. 290). Hutchins (1994) écrit ainsi : « *Certaines tâches de mémorisation, dans le cockpit, sont accomplies par des systèmes fonctionnels qui transcendent les limites d'un seul acteur individuel* » (p. 468). A la différence de l'action située, « *ce n'est pas à proprement parler la « situation » qui contrôle l'action* » (Béguin et Clot, 2004, p. 41) : « *le contrôle de l'action située est le fait d'une instance extérieure, qui prend la place du pilote mental des modèles rationalistes* » (de Fornel et Quéré, 1999, p. 28) et il existe finalement « *des caractéristiques objectives aux situations qui ne sont pas situées culturellement et historiquement* » (Béguin et Clot, 2004, p. 41). Licoppe (2008b) explique notamment que la théorie de la cognition distribuée ne se contente pas de décrire l'activité à travers le système fonctionnel auquel elle s'intéresse : « *Les concepteurs cherchent à guider (...) un bon usage des dispositifs en y incorporant des opportunités d'action aisément perceptibles et reconnaissables comme telles* » (p. 290).

Malgré cette dimension holiste, le courant de la cognition distribuée présume lui-aussi du caractère situé de l'action ou de la cognition, sur lequel revient Hutchins dans son ouvrage

Cognition in the wild (1995). L'action est située parce qu'elle prend toujours forme dans « un système d'interaction multiples » (de Fornel et Quéré, 1999, p. 27) composé d'acteurs et d'artefacts aux formes variées et qu'elle « s'organise « par le moyen » de cet environnement » (*id.*, p. 25).

Pour finir, il est à noter que le courant de la cognition distribuée, comme celui de l'action située, tire partie de ses fondements théoriques pour s'engager sur la question des méthodologies de recherche. Ainsi, Hutchins appelle, à l'instar de la théorie de l'action située et de l'ethnométhodologie, à sortir des laboratoires afin de pratiquer « l'ethnographie cognitive » (1995, p. 371), un travail délicat, incertain quant à son résultat et qui n'a dès lors que peu été mis en œuvre sur le champ de la cognition auquel l'auteur s'intéresse.

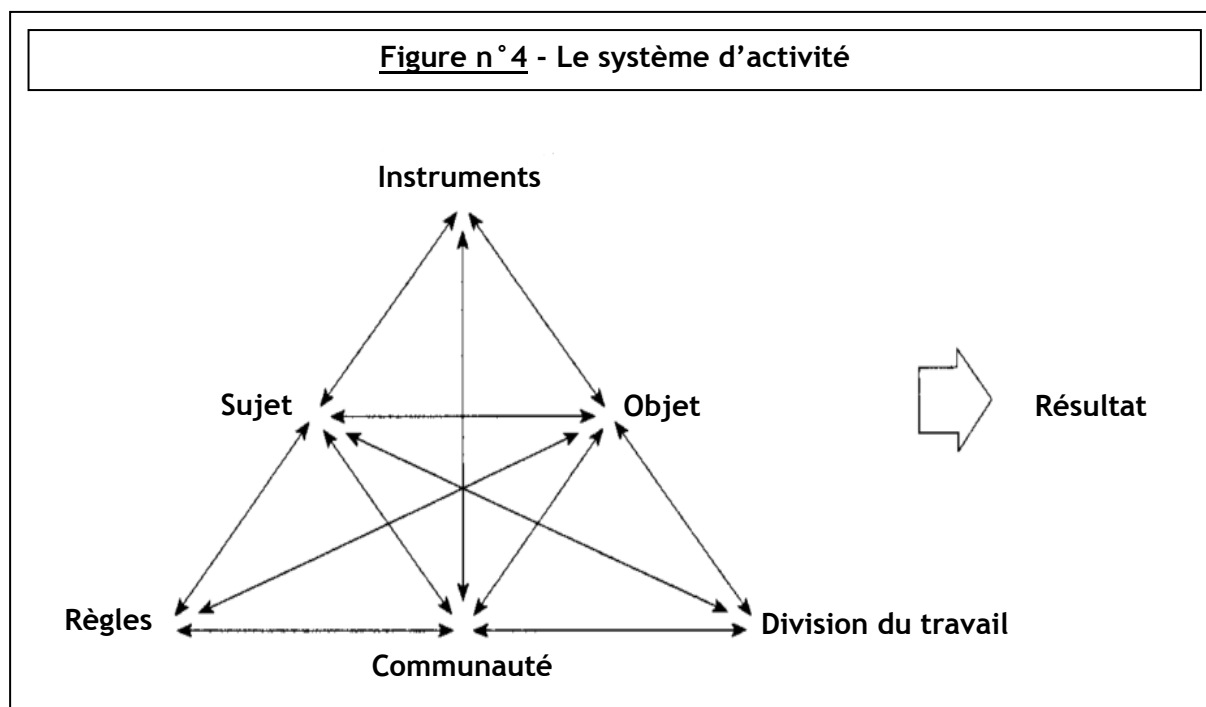
2.3. Les théories de l'activité, la psychologie du travail et l'ergonomie de tradition française

Nous allons ici présenter le troisième courant du « carré de l'activité » (Licoppe, 2008a) : la théorie de l'activité. Celle-ci s'est développée sous l'influence successive des travaux de Vygotsky, Leont'ev puis Engeström : ce sont ces différentes théories de l'activité que nous allons, dans un premier temps, rappeler. Dans un second temps, nous reviendrons sur la manière dont deux disciplines en France se sont emparées de cet objet d'étude : la psychologie du travail et l'ergonomie.

2.3.1. Les théories de l'activité

La théorie de l'activité est d'abord issue des travaux de l'école de psychologie russe. Engeström (2001) résume très bien l'évolution successive que la théorie a connue au cours du temps. Ainsi, il montre que les écrits de Vygotsky ont, les premiers, façonné la théorie de l'activité en mettant en évidence le rôle de « médiation » joué par les instruments entre le sujet et l'objet. Toutefois, au départ, seul l'instrument est appréhendé par Vygotsky comme moyen d'accomplissement de l'activité, confinant le modèle à une perspective individuelle. Engeström (2001) suggère que les écrits de Leont'ev ont largement contribué à lever cette limite : il y insiste ainsi largement sur la différence qu'il faut opérer entre l'action individuelle et l'activité collective.

Par la suite⁷⁵, Engeström (1987) modélisera cette perspective collective de la théorie de l'activité à travers la figure suivante :



Source : Engeström (1987, p. 78)

La notion d' « objet » est centrale dans la théorie de l'activité : comme l'explique Licoppe (2008a), « l'activité y est définie par son objet » (p. 291), l'objet oriente l'activité (Engeström, 2001, 2008b). Mais l'objet « n'est pas seulement un matériel brut se prêtant à des opérations logiques faites par le sujet » (Béguin et Cerf, 2004, p. 65), il est une « entité interprétée » (p. 65) construite progressivement par le sujet (Engeström, 2006). Avec la dimension collective de l'activité, la médiation n'est plus seulement le fait d'instruments mais concerne aussi d'autres facteurs : les règles, la division du travail, et la communauté. L'articulation entre le niveau micro (le sujet) et macro (l'organisation, la communauté) s'inscrit ainsi au cœur de la théorie de l'activité (Engeström, 2000). Sur le schéma, chaque triangle représente une forme de médiation. Dans leur réflexion sur la

⁷⁵ Engeström (2001) va plus loin lorsqu'il présente la « troisième génération » de la théorie de l'activité (p. 135). Ses développements récents visent à tenir compte des nouvelles formes d'organisation du travail. Ainsi, aujourd'hui, l'unité d'analyse de la théorie de l'activité n'est plus seulement un système d'activité considéré de manière isolée mais au minimum deux systèmes d'activité inter-reliés au sein desquels l'objet se construit (ou plutôt, est co-construit (Engeström, 2000, p. 973)) progressivement. Engeström travaille notamment sur la question de la « co-configuration » et plus précisément sur le concept de « knotworking » ou de « travail en nœud » (2000, 2006, 2008a) à travers lequel il s'intéresse à la « performance collective (...) entre des acteurs ou des systèmes d'activité par ailleurs faiblement connectés entre eux » (2008a, p. 305). Les knotworking sont des « combinaisons de personnes, de tâches et d'outils (...) uniques et d'une durée relativement brève » (p. 304-305), « en reconfiguration constante » (p. 304) et distribuées dans l'espace.

conception des systèmes de travail, Béguin et Cerf (2004) résument très bien les différents processus à l'œuvre dans la théorie de l'activité. Ils montrent ainsi que le triangle supérieur représente le processus qui consiste à « *mobiliser des artefacts, qu'ils soient matériels (...) ou symboliques comme le langage (...), pour agir sur l'objet, le transformer, le produire, conformément aux intentions du sujet* » (p. 65). Le second processus, représenté par le triangle tourné vers le bas, au centre de la pyramide, prend en compte la communauté de travail à laquelle le sujet appartient et qui participe, avec le sujet, à la production de l'objet. Des règles, à la fois formelles et informelles, les deux dimensions étant prises en compte par Engeström dans son analyse de l'activité (Engeström, 2008b), jouent un rôle de médiation entre le sujet et la communauté (triangle de gauche). Enfin, la division du travail est constamment renégociée entre les membres de la communauté, en relation avec l'objet de travail qui se dessine progressivement dans l'activité (Engeström, 2006) (triangle de droite).

Engeström (2001) montre que la division du travail mise en scène dans le schéma génère des points de vue différents au sein du système d'activité. Celui-ci constitue ainsi « *toujours une communauté de multiples points de vue, (...) et intérêts* » (p. 136). Dès lors, la communication est centrale dans l'analyse, l'auteur (Engeström, 2008a, p. 328) suggérant, à l'instar de Strauss (1992a), l'existence d'un ordre social négocié au sein du système d'activité. Ainsi, la théorie de l'activité repose sur l'analyse des contradictions internes au système. La dimension collective de l'activité n'est pas l'unique responsable de ces contradictions. Le modèle suggère par exemple que les règles (les « *scripts* », Engeström, 2000, p. 964) ou la division du travail, telle qu'elle est mise en œuvre, entrent parfois en tension avec l'objet du travail. Il qualifie ce phénomène de « *perturbations* » (« *disturbances* », 2000, p. 964). Ainsi, l'objet, s'il assure au système une cohérence globale (en permettant que les actions individuelles soient orientées vers la réalisation de buts communs) est aussi une constante source d'instabilité. Travaillant lui-même sur le secteur de la santé, Engeström (2000) souligne le caractère singulier du patient qui constitue l'objet de travail des acteurs hospitaliers. L'idée centrale défendue dans la théorie de l'activité est que ces contradictions sont une source d'apprentissage et de changement pour l'organisation. Comme le montre Engeström (2000), confrontés à de telles contradictions, les acteurs vont en effet innover. Ils vont construire, dans les cours d'action, des solutions leur permettant de gérer ces perturbations. Et la perspective temporelle proposée par la théorie de l'activité « *dépasse le cadre de l'accomplissement situé de l'activité* » (Licoppe, 2008a, p. 292) : ces solutions peuvent ainsi devenir permanentes, par exemple lorsqu'elles aboutissent à la création de nouveaux artefacts (règles, instruments...). Engeström appelle dès lors à inscrire l'apprentissage et le

changement au cœur d'un processus « *local* » (Engeström, 2001, p. 151) et « *horizontal* » pour compléter le mouvement « *vertical* » principalement à l'œuvre dans les organisations (Engeström, 2000, p. 970).

2.3.2. Regards sur l'activité en France : la psychologie clinique du travail et l'ergonomie de langue française

Licoppe (2008a) souligne que le développement de la théorie de l'activité en France s'est plutôt opéré par la psychologie clinique du travail (Clot) et par l'ergonomie (Béguin et Rabardel notamment). L'auteur rappelle toutefois que cette orientation vers l'activité reste en France encore très limitée. Nous retiendrons de ces deux courants trois éléments majeurs : en premier lieu, tous deux fondent leur analyse sur la distinction entre le travail prescrit et le travail réel ; ils considèrent ensuite que les acteurs évoluent dans un environnement donné ; ils font toutefois jouer aux acteurs qualifiés de « *sujets* » un rôle actif dans la constitution de cet environnement, à travers un processus d'appropriation.

a. *La psychologie clinique du travail*

Revenons en premier lieu sur la psychologie clinique du travail et les écrits de Clot. L'auteur appréhende l'activité à la croisée du travail prescrit, du travail réel, de « *l'organisation sociale du travail* » et de « *l'activité personnelle* » (Clot, 2005, p. 187). Il montre qu'il existe entre ces extrêmes un travail d'organisation, pour reprendre l'expression de Terssac et Lalande (2002), ou plutôt de « *réorganisation de la tâche* » (Clot, 2005, p. 187) par les collectifs professionnels, une *recréation de l'organisation du travail par le travail d'organisation du collectif* » (Clot et Faïta, 2000, p. 9). Il emploie le terme de « *genre social de métier* » (*id.*) pour le caractériser, qu'il définit comme « *les obligations que partagent ceux qui travaillent pour arriver à travailler souvent malgré tout, parfois malgré l'organisation prescrite du travail* » (p. 9). Le genre, nous dit Clot (2000), c'est la « *partie sous-entendue de l'activité* » (p. 11), une « *mémoire impersonnelle et collective* » (p. 12), un « *répertoire des actes convenus* » (p. 12) qui ne requière pas nécessairement d'être verbalisé. Le genre constitue une contrainte pour le sujet en même temps qu'une ressource pour agir. En effet, le genre est « *un moyen de savoir s'y retrouver dans le monde et de savoir comment agir* » (p. 13), il constitue une force pour l'individu afin de sortir des « *filets de la prescription officielle* » (Clot, 2005, p. 195) qui n'est pas adaptée aux réalités et aux contingences de l'activité. Mais, dans le même temps, ce genre ne pourrait être rien d'autres qu'une nouvelle forme de

prescription, éloignée de la prescription ordinaire que constitue l'« *injonction de faire, émise par une autorité*⁷⁶ » (Daniellou, 2002, p. 10)

En réalité, Clot, se penchant sur la question de l'articulation entre le sujet individuel et la dimension collective de l'action, montre que le genre est toujours renouvelé par le sujet : « *Il y a (...) une migration de la fonction du collectif. D'abord source sociale de l'activité personnelle, il se transforme en ressource personnelle de l'activité sociale. Ce n'est donc pas le collectif qui explique le sujet mais c'est le sujet qui s'explique, dans tous les sens du terme, avec le collectif* » (Clot, 2005, p. 195). Le sujet, pour agir, va ainsi s'affranchir de ce genre : il dispose d'un « *pouvoir d'agir* », d'un potentiel créatif, et le genre n'est finalement pas seulement « *une contrainte à respecter* » mais aussi toujours « *une ressource à renouveler* » (2000, p. 15). L'activité du sujet est alors « *inventive* » et « *créative* » (Clot, 2001, p. 40) si bien qu'Yvon et Clot (2001) écrivent : « *Les hommes et les femmes ne subissent pas seulement leurs conditions de travail ; ils les réinventent* » (p. 70). Clot va qualifier cet affranchissement du genre par l'individu de « *travail du style* » (Clot et Faïta, 2000, p. 15) : « *Chaque sujet interpose entre lui et le genre collectif qu'il mobilise ses propres retouches du genre. Le style peut donc être défini comme une métamorphose du genre en cours d'action* » (p. 15). Et la dimension « subjective » est ici importante car le sujet, pour agir, ne s'affranchit pas seulement du genre et ainsi du collectif, il met aussi de la distance avec sa propre expérience, sa « *mémoire singulière* » (p. 17), il s'émancipe de « *ses invariants subjectifs et opératoires incorporés* » (p. 17) : ainsi, Clot (Yvon et Clot, 2001) défend la thèse que « *le travail a une fonction psychologique de (...) développement de la subjectivité* » (p. 68).

Ce postulat est à relier à la méthodologie d'intervention prônée par Clot : la clinique de l'activité vise en effet « *la transformation des situations de travail* » (Clot, 2000, p. 7), « *l'apport d'une clinique de l'activité est donc d'abord méthodologique* » (p. 8). Pour « *faire analyser par les professionnels leur propre activité* » (Yvon et Clot, 2001, p. 69), l'auteur intervient dans les organisations par le biais de l'auto-confrontation croisée, à travers laquelle il fait s'exprimer le sujet sur une situation de travail qu'il a vécue mais aussi sur celle d'un collègue. Par là, les acteurs « *dialoguent (...) avec l'autre et avec eux-mêmes* » (Clot et Faïta, 2000, p. 26). C'est ainsi qu'on voit apparaître le « genre », qu'on ne décèle pas aisément dans l'observation des situations de travail puisqu'il ne donne pas toujours lieu à verbalisation. Cette méthode d'intervention est source de créativité pour le

⁷⁶ Daniellou (2002) propose une approche en termes de prescriptions multiples où la prescription s'apparenterait à des « *pressions diverses exercées sur l'activité de quelqu'un, de nature à en modifier l'orientation* » (p. 11), non toujours explicites, ni même intentionnelles. La prescription relevant du collectif est une des formes de prescriptions que l'auteur envisage (p. 10-11).

sujet mais aussi pour le collectif, elle permet de lui redonner un « *pouvoir d'agir* » en identifiant des « *empêchements* » (Clot, 2001 ; 2010) ou des « *contradictions* » (Yvon et Clot, 2001, p. 71). Ainsi, comme chez Engeström, la dimension transformatrice du système est, au sein de la psychologie clinique du travail, extrêmement liée à l'identification des contradictions.

b. L'ergonomie de langue française

Comment se situe l'ergonomie de langue française par rapport à la psychologie clinique du travail de Clot et aux théories de l'activité exposées précédemment ? L'ergonomie est bien connue pour la distinction qu'elle opère entre travail prescrit et travail réel, entre « *tâche* » et « *activité* » (Falzon, 2004). La tâche est ainsi ce qui est prescrit par l'organisation tandis que l'activité concerne « *ce qui est fait, ce qui est mis en jeu par le sujet*⁷⁷ pour effectuer la tâche » (*id.*, p. 124). C'est justement à cette « *activité* » que les ergonomes vont s'intéresser. Ils interviennent dans les organisations dans une optique de transformation des situations ou des systèmes de travail étudiés (Béguin et Cerf, 2004). La Société d'Ergonomie de langue française (SELF) donne ainsi en 1970 la définition suivante de l'ergonomie : « *L'ergonomie peut être définie comme l'adaptation du travail à l'homme, ou, plus précisément, comme la mise en œuvre de connaissances scientifiques relatives à l'homme et nécessaires pour concevoir des outils, des machines et des dispositifs qui puissent être utilisés avec le maximum de confort, de sécurité et d'efficacité* ». Aux outils, machines et autres dispositifs, ajoutons l'important travail réalisé sur la conception architecturale des espaces de travail⁷⁸. Cette perspective conduit les ergonomes à mener un certain nombre de réflexions sur les méthodologies de l'action ergonomique (Daniellou et Béguin, 2004) où l'accent est mis sur l'analyse du travail réel -

⁷⁷ Théorie de l'activité, psychologie du travail et ergonomie partagent ainsi une même terminologie sur l'emploi du terme « *sujet* ».

⁷⁸ Dans le secteur de la santé, on peut renvoyer aux travaux d'Estryn-Béhar qui mène plusieurs projets de réaménagement de postes et d'espaces de travail, par exemple au sein d'un service de soin en hôpital (2008), ou d'un laboratoire (Estryn-Béhar *et al.*, 2002 et Milanini *et al.*, 2002). Elle insiste sur le problème de la parcellisation du travail (Chaumon *et al.*, 2009, Estryn-Béhar *et al.*, 2011) et montre notamment la nécessité de concevoir des espaces de travail qui favorisent la coopération, le partage des informations au sein du collectif : « *La possibilité de lieux adaptés aux échanges pluridisciplinaires est directement dépendante de possibilités architecturales parfois très limitée* » (2011, p. 93). Elle appelle ainsi à la conception d'un espace de travail commun de taille suffisante (2008), à la réduction de l'éclatement des locaux (Milanini *et al.*, 2002) et notamment à la réduction de la distance entre ces lieux de partage et les différents espaces dans lesquels les acteurs sont amenés à se rendre (les chambres des patients par exemple, 2008). Dans ses écrits (notamment Estryn-Béhar *et al.*, 2011 ; Milanini *et al.*, 2002), elle met en évidence la méthode d'intervention adoptée, basée sur une « *démarche participative* », qui permet que chacun accepte de faire des compromis face aux contraintes matérielles auxquelles l'équipe de recherche se heurte nécessairement.

une analyse *in situ*, hors des expérimentations en laboratoire (Valléry, 2004) - mais aussi sur l'intervention comme coproduction avec d'autres acteurs.

D'une perspective individuelle (l'individu face à sa tâche), les ergonomes ont progressivement évolué vers une conception collective de l'activité (Leplat, 1997)⁷⁹. Ils s'intéressent notamment à la question des communications⁸⁰ entre les acteurs « *sous leur angle opératif* », « *considérées (...) comme des composantes de l'activité et comme participant (...) à la réalisation des finalités de celle-ci* » (Leplat, 2000, p. 36). Sur ce point, l'interaction entre l'acteur et l'environnement ou le « *monde*⁸¹ » (Henry, 1998, p. 52) est au centre de leur préoccupation : ils se penchent ainsi sur la question de la « *prise d'information* » par le sujet pour agir (Desnoyers, 2004) et l'environnement est alors considéré « *comme une ressource pour la prise d'information* » (Darse et al., p. 196). A l'instar des courants proposés auparavant, l'ergonomie considère elle aussi à la fois (1) les possibilités d'action, de transformation de cet environnement par le sujet ou le collectif et (2) les impacts du travail et de cet environnement sur le sujet.

Les écrits de Rabardel (1995) sur la notion d' « *instrument* » sont tout à fait éclairants sur ce point. L'auteur distingue la notion d' « *artefact* » de celle d' « *instrument* ». L'artefact représente « *tout chose ayant subi une transformation, même minime, d'origine humaine, (...) susceptible d'un usage, élaborée pour s'inscrire dans des activités finalisées* » (p. 59). L'artefact peut ainsi être matériel tout autant que symbolique. La notion d' « *activité finalisée* » renvoie à celle d' « *objet* » (équivalente à celle que propose la théorie de l'activité) vers lequel l'action est dirigée. Et l'instrument est quant à lui un artefact particulier, celui qui s'inscrit en situation « *dans un usage, dans un rapport instrumental à l'action du sujet, en tant que moyen de celle-ci* » (p. 60). Deux dimensions ressortent de cette proposition. D'une part, l'instrument est une entité mixte qui combine

⁷⁹ Les méthodologies de recherche sont elles-mêmes retravaillées dans cette perspective, voir par exemple les écrits de Gronier et Valoggia (2009) qui proposent une grille d'analyse des activités collectives ou encore Barthe (2003) qui élabore un cadre d'analyse des aspects collectifs du travail dans le contexte organisationnel : analyse des aspects liés à l'organisation, des moyens matériels utilisés, ainsi que des processus individuels et collectifs sollicités lors des interactions.

⁸⁰ Voir sur ce point les actes du Congrès de la Self (2000) sur la communication. Les communications sont notamment placées au cœur des régulations, des ajustements qui s'opèrent dans le travail réel pour faire face à l'écart avec le travail prescrit. Voir par exemple l'article de Grusenmeyer (2000) où les interactions et les communications apparaissent déterminantes pour la fiabilité dans une chaufferie nucléaire, mais aussi l'article de Mérin (2000) sur l'ordonnancement du travail et ses ajustements permanents qui induisent de constants échanges d'information dans les cours d'action.

⁸¹ L'environnement entendu comme le « *monde* » peut être selon Henry (1998) un dispositif physique, mais aussi une autre personne (rôle central de la communication pour étudier l'interaction entre deux individus) ou encore la « *réalité virtuelle, comme une base de données ou une image de synthèse* » (p. 52).

l'artefact et le sujet, et notamment les schèmes d'utilisation qui lui sont associés : la notion de schèmes d'utilisation est importante dans l'analyse de Rabardel. Le schème d'utilisation résulte « *d'une construction propre du sujet (...) ou d'une appropriation de schèmes sociaux d'utilisation déjà formés extérieurement à lui* » (Folcher et Rabardel, 2004, p. 259). Rabardel, à l'instar de Clot, prend ainsi en considération le « sujet » en tant que tel, le schème d'utilisation revêtant notamment une « *dimension privée (...) propre à chaque individu* » (Rabardel, 1995, p. 115). D'autre part, l'instrument a le statut de « *moyen d'action pour le sujet* » (p. 62), il est un « *médiateur pour l'action* » (p. 80). La notion de médiation, d'activité médiatisée par l'instrument est finalement au cœur de l'analyse de Rabardel (1995), dans la lignée des théories de l'activité⁸². Cette « *médiation* » s'opère selon l'auteur de deux façons : il distingue ainsi la « *médiation épistémique* » à travers laquelle « *l'instrument est un moyen qui permet la connaissance de l'objet* » (p. 90) de la « *médiation pragmatique* » où « *l'instrument est moyen d'une action transformatrice (...) dirigée vers l'objet* » (p. 90). Mais l'artefact n'est pas en soi un instrument : il le devient lorsque « *le sujet (...) lui donne le statut de moyen pour atteindre les buts de son action* » (Rabardel, 1995, p. 119). Le sujet joue un rôle actif sur son environnement et l'ergonomie met ainsi en évidence la capacité par le sujet de constituer les ressources de son action, mais aussi de son développement (Béguin et Cerf, 2004), nous y reviendrons. Sur cet aspect, Rabardel (1995) fait sienne la notion de « *catachrèse* » (p. 123), notion qu'il emprunte à la linguistique, un terme auquel Clot fait lui aussi référence (Clot, 2001, p. 40). Tous deux cherchent ici à désigner l'activité créative du sujet qui utilise un outil à la place d'un autre ou pour des usages pour lesquels il n'est pas conçu. Ce processus d'appropriation de l'artefact par le sujet (pour lui donner le statut d'« instrument ») est qualifié par Rabardel d'« *instrumentalisation* ». Mais dans le même temps, Rabardel (1995) considère que le processus d'appropriation ou plutôt de « *genèse instrumentale* » (p. 12) est double : il met ainsi en évidence l'impact de l'environnement sur le sujet. Là où Clot souligne le développement de la subjectivité de l'individu par le travail, Rabardel (1995) met en évidence le processus d'« *instrumentation* » tourné vers le sujet et à travers lequel les schèmes d'utilisation de l'individu évoluent, s'« *accommodent* » aux artefacts. Finalement, les outils, à travers cette genèse instrumentale, contribuent au « *développement des capacités et pouvoirs de faire et d'agir du sujet individuel et collectif* » (Rabardel, 2005, p. 262) en produisant « *les ressources et conditions de possibilité des activités futures* » (p. 262). A partir de ces constats, l'auteur appelle à repenser la nature des processus de conception, à passer

⁸² Rabardel s'appuie ainsi largement sur les écrits de Vygotsky présentés au préalable (voir par exemple : Béguin et Rabardel, 2000, p. 37).

d'une approche trop souvent « *technocentrée* » à une « *approche anthropocentrée* » (Béguin et Rabardel, 2000, p. 37) qui tient compte des schèmes d'utilisation des acteurs, mais aussi des productions dans l'usage. Selon lui, les utilisateurs sont eux aussi des concepteurs mais ils sont différents des concepteurs « *institutionnels* » (1995, p. 164). Dès lors, « *la conception doit viser à la création d'espace de possibles* » (p. 266) afin de faciliter les initiatives et interventions sur l'outil.

2.4. La théorie ou sociologie de l'acteur-réseau (SAR)

Nous allons à présent revenir sur la théorie de l'acteur-réseau, qui constitue le quatrième courant constitutif du « *carré de l'activité* » selon Licoppe (2008a). Nous montrerons que ces travaux ont été complétés par les écrits sur les objets intermédiaires et les objets frontières que nous présenterons dans la suite de notre propos.

2.4.1. La sociologie de l'acteur-réseau

La théorie de l'acteur-réseau (SAR) met en évidence le rôle actif joué par les objets techniques dans l'action : « *la SAR met l'accent sur la capacité de chaque entité, spécialement les entités non humaines, à agir ou interagir d'une manière spécifique avec les autres humains ou non humains. (...) Nous pouvons appeler ces éléments « actants », un terme emprunté à la sémiotique pour mettre précisément en lumière la nature active des entités qui composent le réseau* » (Callon, 2006, p. 271). La sociologie de l'acteur-réseau s'intéresse ainsi à un collectif fait d'humains et de non-humains et à la manière dont ceux-ci interagissent : elle s'intéresse à un « *macroacteur* » davantage qu'à un « *microacteur* » (Callon et Latour, 2006, p. 30). Et plus précisément, c'est moins l'activité telle qu'elle se déroule dans les cours d'action, que l'activité de conception, d'innovation qui la précède qui intéresse les auteurs de la SAR. En ce sens, nous pouvons noter, comme Licoppe (2008a) que la sociologie de l'acteur-réseau se différencie des approches situées car « *à la description des interactions locales, des situations, de l'activité telle qu'elle se fait (...), s'oppose pour le sociologue des sciences et des techniques l'analyse du travail collectif nécessaire pour produire les différents attachements et agencements sociotechniques capables d'agir à distance sur les situations* » (p. 294).

La réflexion se porte sur les processus de conception de manière à remettre en cause les modèles qui décrivent un « *monde déjà fait* » pour au contraire souligner l'existence d'un « *monde en train de se faire* » (Callon, 2006, p. 136) : « *L'une des hypothèses au cœur de la SAR (...) est de considérer que la société ne constitue pas un cadre à l'intérieur duquel évoluent les acteurs. La société est le résultat toujours provisoire des actions en cours* » (Callon, 2006, p. 267). Strum et Latour (2006) mettent dès lors en évidence le passage

induit par la SAR d'un paradigme ostensif à un paradigme performatif à travers lequel les individus mais aussi les objets techniques agissent sur la société et participent à sa construction. Callon (2006) note ainsi que « *la SAR se distingue des autres approches constructivistes par le rôle actif qu'elle fait jouer aux entités produites par les sciences et les techniques dans l'explication de la société en train de se faire* » (p. 267). La conception des objets techniques est finalement appréhendée comme une série de traductions du monde réel dans un monde matériel, et la SAR s'apparente en ce sens à une « *sociologie de la traduction* ». Mais le résultat de ce processus complexe, qualifié par Callon (2006) de « *réseau de traduction*⁸³ » (p. 239-40) est lui-même instable et provisoire, constamment sujet à de possibles renégociations.

La notion même de traduction « *renvoie à l'idée selon laquelle le passage d'un registre à l'autre (...) ne se fait pas sans transformation. (...) La matérialisation introduit quelque chose de nouveau, un glissement, qui n'est pas nécessairement voulu, ni contrôlé* » (Vinck, 2009, p. 56-57). Dans cette perspective, si la SAR se présente comme une critique forte de l'idée « *d'un monde préconstruit où les machines surplombent la société et structurent l'espace social* » (Callon, 2006, p. 138), elle ne nie pas pour autant l'impact des objets techniques sur l'environnement. En réalité, la SAR met en évidence « *la genèse simultanée de l'objet et de son environnement*⁸⁴ » (Akrich, 2006, p. 112). Akrich (2006) écrit ainsi que « *la « réalisation » (au sens de rendre réel) des objets techniques passe par un processus d'entre-définition, et de spécification conjointe des objets par les humains et des humains par les objets* » (p. 178). D'une part, et c'est là tout le travail des concepteurs, l'objet technique est porteur d'une « *(pré)vision du monde* » (Akrich, 2006, p. 163). Les innovateurs conçoivent un objet qui sera intégré dans un certain environnement, utilisé pour un usage particulier et par des individus aux compétences spécifiques : avec la sociologie de la traduction, l'objet « *traduit* » cette représentation du monde par les concepteurs. Akrich (2006) qualifie cette (pré)vision du monde de « *script* » ou de « *scénario* » (p. 163) qui prédétermine les relations entre l'artefact et l'acteur qui doit s'en saisir. « *Les objets techniques préforment les relations sociales qu'ils suscitent ou supposent entre les différents acteurs* » (Akrich, 2006, p. 175) : ils attribuent ainsi d'une

⁸³ Le réseau de traduction est défini par Callon (2006) comme un ensemble d'« *éléments hétérogènes qui ont été liés les uns aux autres pour former un tissu d'équivalences et dans lesquels on trouve des inscriptions (...), des dispositifs techniques, des acteurs humains (...) et des organisations (...) en interaction les uns avec les autres* » (p. 239-240).

⁸⁴ La perception de l'environnement diffère des analyses proposées précédemment : ici c'est l'objet technique qui est placé au cœur de la réflexion. L'« *environnement* » désigne ainsi l'environnement de l'objet technique et non de l'individu ; l'acteur lui-même, ainsi que le collectif dans lequel il s'insère, sont des éléments constitutifs de l'environnement dans lequel l'objet technique évolue.

certaine façon rôles et responsabilités dans l'action. D'autre part, dans la SAR, l'environnement (et donc ici l'acteur) joue un rôle actif sur l'objet technique. Ainsi, et nous l'avons mis en évidence au préalable, c'est dans cette optique que la SAR s'intéresse au processus d'innovation, à la façon dont l'objet technique est développé. Mais Akrich (2006) va plus loin dans l'analyse, en travaillant sur le passage « *de la conception à l'action* » (p. 179). Ses écrits s'inscrivent dans le prolongement de la sociologie des techniques, au sein de laquelle elle dénonce le fait que « *l'utilisateur des dispositifs techniques n'est perçu qu'au travers de sa confrontation avec les objets, soit qu'il corresponde aux hypothèses faites lors de la conception, soit qu'il s'en démarque... sans avoir la possibilité d'échapper à cette alternative, ce qui signifie qu'il n'est en fait que faiblement acteur* » (p. 181-182). Elle donne au contraire aux individus le statut d'« *acteurs* » (Akrich, 2006, p. 181-182) et même d'« *acteurs de l'innovation* » (p. 255) en montrant qu'ils peuvent, dans les cours d'action, procéder à des « *arrangements locaux* » (p. 195) lorsque l'action s'écarte des scénarios ou des scripts présentés au préalable. Akrich (2006) liste alors les différentes manières par lesquelles les acteurs peuvent agir sur les objets techniques et les modifier⁸⁵. Ce passage de la conception à l'action conduit l'auteur à appréhender l'objet technique non uniquement comme un dispositif de traduction mais aussi comme un instrument de coordination entre des acteurs hétérogènes.

2.4.2. Les « objets intermédiaires »

Dans cette perspective Vinck (1999), dans un article qui se veut constituer un complément de la SAR (p. 391), introduit la notion d'« *objet intermédiaire* » pour faire référence aux « *entités physiques qui relient les acteurs humains entre eux* » (p. 392). Il met ainsi en évidence le rôle de ces objets intermédiaires dans la coordination des acteurs en les qualifiant de « *médiateurs* » (p. 408). Il souligne lui-aussi la double genèse dont la SAR fait état en insistant sur le caractère hybride de l'objet-intermédiaire : l'objet « *est (...) un nouvel agent qui échappe partiellement à la construction des acteurs et leur impose sa propre temporalité et son encombrement* » (p. 398). Les objets intermédiaires sont alors présentés comme des « *résultats intermédiaires* » (p. 408) qui « *résultent d'une construction marquée par des négociations entre acteurs et avec la matière. En eux se*

⁸⁵ Akrich (2006, p. 255-260) distingue différents degrés de modification de l'objet ou de ses usages par l'acteur : du « *déplacement* » (modification du spectre des usages prévus sans modifications majeures dans le dispositif) au « *détournement* » (un usage qui n'a rien à voir avec l'usage prévu par les concepteurs) en passant par l'« *adaptation* » (quelques adaptations mais sans toucher à la fonction première de l'objet) et l'« *extension* » (l'acteur enrichit la liste des fonctions du dispositif).

cristallisent des choix et des compromis risquant, avec la matière mobilisée et formatée, d'être durcis et d'irréversibiliser le déroulement de l'action » (p. 408).

2.4.3. Les « objets-frontières »

Mais ce n'est pas au concept d'objet intermédiaire qu'Akrich (2006) fait référence dans ses travaux. Elle rapproche la question de la coordination par l'objet de la notion d'« *objet-frontière* » proposée par Star et Griesemer (1989), elle-même développée sous l'influence des travaux de Callon et Latour (Trompette et Vinck, 2009). Le concept d'objet-frontière s'inscrit en effet dans une perspective similaire à celle développée par la théorie de l'acteur-réseau, en faisant jouer à l'objet un rôle actif dans la coordination de l'action : la notion invite « *à penser l'action collective et l'innovation dans une perspective écologique en mettant en scène divers artefacts qui interviennent dans l'articulation des connaissances distribuées* » (Trompette et Vinck, 2010, p. 11) L'objet-frontière est dans cette perspective appréhendé comme un « *support à la médiation entre une pluralité d'acteurs* » (Peters et al., 2010, p. 76). Mais la notion se différencie du concept d'objet-intermédiaire en mettant l'accent sur la coordination entre des mondes sociaux différents : les objets deviennent « *objets-frontières* » lorsqu'ils portent des éléments structurels communs à plusieurs mondes sociaux (Vinck, 2009). Star et Griesemer⁸⁶ (1989) s'interrogent en effet sur la façon dont des acteurs, relevant de mondes sociaux bien distincts, parviennent à coopérer, à se coordonner, malgré leurs points de vue différents : la réponse, selon les auteurs, se situe dans l'existence d'objets-frontières. La notion de « *frontière* » désigne ainsi ce qui sépare et dans le même temps ce qui se situe à la croisée de deux mondes, de deux espaces ou de deux temporalités. L'objet est alors qualifié de « *frontière* » lorsqu'il contribue à « *l'articulation entre des mondes sociaux hétérogènes* » (Vinck, 2009, p. 65-66) en permettant de créer « *des compréhensions communes sans perdre la diversité* » de ces mondes sociaux (Trompette et Vinck, 2009, p. 7) : l'objet-frontière est souple, « *mal structuré* » (Star, 2010, p. 21-22), il est soumis à une « *flexibilité interprétative* » (Star, 2010) et un même objet peut ainsi, selon le monde social au sein duquel il est utilisé, donner lieu à des significations et à des usages variés, à travers des « *jeux de traduction multiples* » (Trompette et Vinck, 2010, p. 11). Dès lors, de ce point de vue, l'objet ou l'outil, « *n'est pas simplement une chose dotée d'attributs figés dans le temps ; une chose devient, en pratique, un outil pour un individu lorsqu'elle est associée à une activité particulière. (...) L'outil émerge in situ* » (Star et Ruhleder, 2010, p. 117). Pour mettre en évidence le caractère plus ou moins

⁸⁶ Les auteurs s'intéressent à des activités de recherche menées au sein d'un musée d'histoire naturelle.

achevé de la « *mise en commun* » (Trompette et Vinck, 2009, p. 18), Star et Strauss (1999) distinguent le travail d'articulation, que nous avons présenté précédemment, du travail de coordination, afin de souligner le travail supplémentaire, informel et largement invisible que les acteurs doivent réaliser pour se coordonner⁸⁷. La question de l'articulation entre structure formelle et informelle est ainsi très présente dans l'analyse. Dans cette optique, une autre caractéristique de l'objet-frontière ressort des écrits de Star et Griesemer (1989), une caractéristique parfois omise dans la littérature (Star, 2010) : l'objet-frontière véhicule dans l'interaction « *une infrastructure de connaissance* » (Trompette et Vinck, 2009, p. 11), une « *infrastructure invisible faite de standards, de catégories et de conventions qui permet la circulation d'un monde à l'autre* » (Vinck, 2009, p. 67). Cette infrastructure invisible se construit progressivement au sein des différents mondes sociaux dans lesquels l'objet est utilisé : les acteurs s'approprient l'objet et, ce faisant, contribuent à l'émergence de nouveaux artefacts (Granjou et Mauz, 2009). On retrouve bien ici le double processus mis en évidence dans la théorie de l'acteur-réseau où l'objet est à la fois réinvesti localement par les acteurs dans les cours d'action, mais dans le même temps porteur de standards et impactant d'une certaine manière les pratiques des acteurs.

*

En conclusion, des points communs se dessinent très nettement entre ces quatre approches centrées sur « *l'activité* » mais cette apparente similitude dissimule en fait un certain nombre de divergences entre les modèles proposés. Dès lors, nous reviendrons dans la suite de notre propos sur les points de convergence et de désaccord entre les courants. Ce faisant, nous présenterons les contradictions du « *carré de l'activité* » (Licoppe, 2008a) et cette réflexion nous conduira à mettre en avant la nécessité de se doter, en Sciences de gestion et compte-tenu de notre objet de recherche, d'un cadre d'analyse particulier.

3. VERS UNE UNITÉ D'ANALYSE INTERMÉDIAIRE : LA SITUATION DE GESTION ET L'AGENCEMENT ORGANISATIONNEL

Les différents modèles théoriques que nous venons de rappeler brièvement s'inscrivent tous dans cette perspective de l'« *activité* » qui nous intéresse ici. Ils partagent ainsi un certain nombre de convictions, tant sur le plan conceptuel que méthodologique, mais

⁸⁷ Si les auteurs montrent, par là, la manière dont les objets peuvent favoriser la coordination entre les acteurs, notre analyse va au-delà puisque nous nous attachons également à identifier le rôle de certains espaces de travail, de certaines procédures ou fonctions formelles dans le travail d'articulation (notamment l'articulation opérationnelle). Ce sont ainsi les ressources organisationnelles au sens large que nous examinons ici.

s'opposent aussi sur certains aspects. Nous nous proposons dès lors, dans cette partie, de revenir sur les contradictions du « *carré de l'activité* » dessiné par Licoppe (2008a) (3.1) pour, dans un second temps, présenter le cadre d'analyse retenu dans ce travail (3.2). Compte-tenu de la perspective adoptée dans la thèse et présentée au préalable (première section), nous décèlerons en effet, à travers la critique des différents modèles proposés, la nécessité de s'équiper, en Sciences de gestion, d'un concept particulier qui « pense » cette articulation entre activité collective et organisation.

3.1. Les contradictions du « *carré* » : apports et limites des modèles

Tous les modèles proposés s'accordent ainsi sur un aspect essentiel dans une perspective tournée vers l'activité : ils suggèrent que l'action ou l'activité est « ancrée » dans un environnement matériel et social. Trois conséquences importantes découlent de cette idée :

(1) L'ancrage de l'activité dans l'environnement fait jouer aux artefacts un rôle actif dans l'ensemble de ces modèles. Ces courants théoriques déplacent ainsi le regard du chercheur de l'activité individuelle ou collective vers une unité d'analyse plus large qui englobe l'environnement matériel, social, organisationnel, dans lequel se déroule l'activité, tel que le « *système fonctionnel* » (pour la cognition distribuée), le « *système d'activité* » (dans la théorie de l'activité) ou encore le « *réseau de traduction* » (pour la sociologie de l'acteur-réseau)⁸⁸. L'analyse de « *l'interaction* » entre les différentes ressources du système est au cœur des différents modèles : là où la théorie de l'action située met l'accent, avec Suchman (1987), sur le rôle du langage et donc sur l'étude des interactions entre les acteurs, d'autres courants, comme la cognition distribuée, la théorie de l'activité, la SAR ou même l'ergonomie avec les écrits de Rabardel (1995), s'intéressent à la question de l'interaction entre les objets techniques, les artefacts et les acteurs, parfois centrée sur la notion de « *médiation* » (un terme qu'on retrouve aussi bien dans la théorie de l'activité, et dans les écrits de Rabardel (1995) que dans ceux de Vinck (1999) sur les objets intermédiaires). Sur cette question, nous constaterons toutefois qu'il existe des divergences entre les courants sur la nature mais aussi sur la place dans le système des artefacts qu'ils considèrent (2.1.1).

⁸⁸ Ceci suggère une dimension de l'activité maintes fois mise en évidence : l'activité est toujours collective. Ainsi, Lorino (2006) reprenant les travaux de Clot (notamment Clot et Faïta, 2000) écrit que « *l'acteur n'est jamais seul face à l'objet de son travail et face aux moyens techniques dont il dispose : le travail apparemment le plus solitaire est en fait « hanté » par une foule d'« interacteurs » avec lesquels le sujet échange dialogiquement, à travers l'espace, le temps et la société* » (p. 10).

(2) Par ailleurs, l'ensemble des courants théoriques converge pour souligner le caractère singulier ou encore « *situé* », pour reprendre Suchman (1987), de l'activité, constamment soumise à la contingence ou à la variabilité de cet environnement. En cela, l'activité ou le travail réel s'éloigne toujours du plan (Suchman, 1987) ou du travail prescrit (Ergonomie, psychologie clinique du travail). Compte-tenu de ce premier constat, nous préférons, avec Vernant (2005), parler d'« *activité* » plutôt que d'« *action* » (Suchman, 1987 faisant, elle, référence à l'action située), pour renvoyer au « *processus ouvert, imprévisible et créatif qui dépend en temps réel, d'une série de choix ponctuels et précis* » (Vernant, 2005, p. 38) dont il est ici question. En effet, « *si l'action peut être programmée, seule l'activité est réalisée. Si l'action peut se représenter, se planifier, se rationaliser et se justifier, l'activité ne peut que se réaliser, se produire* » (p. 38). Dès lors, le vocabulaire employé pour décrire l'activité toujours singulière, celui de « *choix* », de « *créativité* », suggère l'existence d'infractions, ou encore de « *transgressions* » (Girin et Grosjean, 1996) à la règle ou à la prescription qui parvient aux acteurs. Cette notion de « *transgression* » sera elle-même à expliciter et nous verrons ainsi qu'elle est plus ou moins envisagée par les différents modèles ce qui n'est pas sans impact sur la dynamique de chacun d'eux (2.1.2).

(3) Enfin, la dernière conséquence est de nature méthodologique. Elle découle des deux propositions que nous venons de stipuler. Tous les modèles appellent en effet au renouveau des méthodologies de recueil de données et d'intervention dans les organisations en se focalisant sur les situations de travail réelles, sur les interactions entre les acteurs et avec leur environnement. Les chercheurs de ces différentes perspectives remettent dès lors en question les expérimentations menées en laboratoire et de nouvelles méthodes émergent de leurs réflexions, de l'ethnographie à l'auto-confrontation croisée par exemple. Toutefois, des différences entre les courants surgissent également sur le plan méthodologique. En découlent des divergences fondamentales sur la perception du réel entre les différents modèles, sur lesquelles nous reviendrons afin d'introduire la perspective théorique que nous portons dans ce travail (2.1.3).

3.1.1. Nature et place dans le système des artefacts étudiés

a. Les artefacts mis en scène dans chacun des courants : de l'artefact cognitif à l'instrument de coordination

Tous les courants théoriques que nous avons présentés auparavant placent au cœur de leur réflexion le rôle des « *artefacts* » dans l'action - un terme emprunté à Rabardel (1995) afin de faire référence aux objets au sens large, matériels tout autant que symboliques. Tous ne s'intéressent pas en revanche aux mêmes artefacts. Ainsi, certains modèles se penchent

plus spécifiquement sur les artefacts matériels - le courant de la cognition distribuée semble principalement focalisé sur les objets techniques ou les « *supports techniques* » (Hutchins, 1994, p. 451), par exemple les « *repères de vitesse* » (p. 458), et à leur répartition dans l'espace - tandis que d'autres étendent cette perspective aux artefacts symboliques - la théorie de l'action située s'intéresse également au rôle tenu par le « *plan* » et à la question du langage. La théorie de l'activité s'intéresse quant à elle aux ressources conférées par l'organisation dans son sens large, formelle comme informelle, en tenant compte, à l'instar de l'ergonomie et de la psychologie clinique du travail, des « *instruments* », des « *règles* », de la « *division du travail* » et de la « *communauté* ».

Si cette perspective appelle finalement à prêter attention, dans l'activité, aux ressources à la fois matérielles et symboliques que l'organisation met à disposition des acteurs, ce n'est pas tant sur cet aspect que nous souhaiterions revenir ici. Ce qui nous intéresse bien davantage, c'est la nature de ces artefacts par rapport au rôle que chacun des modèles leur fait jouer dans l'action. Ainsi, le courant de la cognition distribuée ne s'intéresse qu'aux artefacts cognitifs. Pourtant, le caractère intrinsèquement collectif de l'action, que le modèle considère finalement peu (Borzeix et Cochoy, 2008) - plutôt focalisé sur la façon dont l'activité cognitive se répartit entre le cerveau individuel et les artefacts au sein du système (Hutchins, 1994)⁸⁹ - place la question de la coordination au cœur d'une perspective centrée sur l'activité, nous l'avons vu dans la première partie. On pourrait ainsi, avec Borzeix et Cochoy (2008), s'intéresser à la « *dimension sociale de la cognition distribuée* » (p. 280) et parler « *d'artefacts relationnels (...) capables de connecter des acteurs (...), de contribuer activement à l'amélioration des échanges* » (p. 277). On pourrait encore, avec la sociologie de l'acteur-réseau et les écrits sur l'objet-intermédiaire et l'objet-frontière, mettre l'accent sur le rôle des objets dans la coordination des acteurs, à l'instar de Callon (2006) qui appelle à ajouter aux « *formes habituelles de coordination (marché, hiérarchie ou confiance), (...) la coordination par les dispositifs techniques* » (p. 247). Cette perspective semble plus proche des considérations qui nous intéressent dans cette thèse, tournées vers les processus de coordination.

⁸⁹ La question de la coordination est envisagée dans le modèle mais elle s'appuie sur les artefacts cognitifs et sur la façon dont ils sont disposés dans l'espace et à portée de regard pour l'acteur. Dès lors, on pourrait dire, avec Licoppe (2008a) qu'elle « *se réduit à un enchaînement de bas niveau entre perception (voir les données mesurées) et action (effectuer des opérations arithmétiques dans lesquelles elles sont impliquées)* » (p. 426).

b. La place tenue par les objets dans le système étudié : entre co-acteur et ressource pour l'action humaine

Il nous semble par ailleurs essentiel de revenir sur un autre aspect de divergence entre ces différents modèles : la place tenue par les objets dans le système étudié. En effet, s'intéresser non plus seulement aux pratiques des acteurs mais à la manière dont celles-ci s'inscrivent dans un environnement matériel et social particulier peut conférer aux objets différents statuts dans l'action. Ainsi, la théorie de la cognition distribuée et la sociologie de l'acteur-réseau donnent aux objets ou aux artefacts la même place qu'à l'acteur dans le système étudié. Tandis que la cognition distribuée considère sur le même plan les « états représentationnels » provenant des supports techniques externes et ceux que l'acteur détient⁹⁰ (« dans la tête » de l'individu, Licoppe (2008a), p. 296), la SAR apparente les acteurs et les objets à des « actants » (Callon, 2006, p. 271) conduisant finalement Vinck (1999) dans son analyse des « objets intermédiaires » à leur « reconnaître un statut de co-acteur » (p. 408) dans les cours d'action. Ce constat avait déjà été formulé par Licoppe (2008a) qui soulignait le « traitement symétrique » qu'opèrent les modèles de la cognition distribuée et de la SAR « entre les personnes et les choses (...) quant à leur capacité d'agir » (p. 296). Nous nous situons sur ce point davantage en accord avec la théorie de l'activité, l'ergonomie, la psychologie clinique de l'activité et la théorie de l'action située. Ces modèles, s'ils reconnaissent le rôle joué par les artefacts dans l'action, ne les placent pas toutefois au même plan que les acteurs qui restent les protagonistes de l'action. Les artefacts ne sont alors que des ressources dont les acteurs peuvent ou non se saisir dans les cours d'action⁹¹. La théorie de l'activité et les courants de recherche français qui lui sont liés (ergonomie et psychologie clinique du travail) accordent sur cet aspect « une part essentielle à l'intentionnalité et à la capacité d'initiative » (Licoppe, 2008a, p. 296) du sujet. C'est le cas par exemple lorsque Rabardel (1995) écrit : « L'artefact (...) est institué comme instrument par le sujet qui lui donne le statut de moyen pour atteindre les buts de son action » (p. 119). La perspective est alors presque inversée : le primat du sujet dans l'action, loin d'être remis en cause, est même réaffirmé, l'objet (et la façon dont il est mobilisé dans les cours d'action) étant lui-même astreint au sujet.

⁹⁰ Licoppe (2008b) écrivait à ce sujet : « Dans la cognition distribuée, les mémoires internes des acteurs sont comparées à des mémoires d'ordinateur, avec une mémoire vive et une mémoire à long terme » (p. 426).

⁹¹ C'est à cet égard que nous traiterons dans la thèse des « ressources organisationnelles » que mobilisent les acteurs dans les cours d'action : c'est bien dans cette perspective que l'« organisation » sera examinée (on observera par exemple le rôle de la période de relève, de certains outils de gestion, etc.).

3.1.2. La question du changement organisationnel

Nous l'avons vu précédemment, l'ensemble des courants théoriques présentés s'accordent à considérer l'action comme « *située* », signifiant par là qu'elle s'inscrit dans un environnement matériel et social spécifique. Cependant, cette notion cache de profondes disparités entre les différents modèles, sur lesquelles nous nous proposons ici de revenir.

Derrière le terme « *situé* », Béguin et Clot (2004), s'intéressant à la place de l'organisation dans l'action, distinguent en réalité deux perspectives envisageables dans ces modèles. La première suggère que l'organisation préexiste d'une certaine manière aux individus, auquel cas, parler d'action « *située* » fait référence à l'idée qu'une partie de l'action est prise en charge par l'environnement. Dès lors, on cherchera dans l'environnement « *les éléments qui orientent et structurent l'action du sujet* » (Béguin et Clot, 2004, p. 39). La seconde, que défendent les deux auteurs, considère que l'action est organisée *in situ* par les acteurs qui exploitent l'environnement à leur disposition. Cette distinction nous semble fondamentale car elle questionne plus profondément la dynamique de changement et d'apprentissage du système que nous avons placée au cœur de nos préoccupations, mais aussi le contenu même du travail réalisé par les acteurs.

L'action située et la cognition distribuée s'inscrivent clairement dans la première perspective. Ainsi, la cognition distribuée stipule que « *certaines actions complexes peuvent (...) être effectuées sans plan ni délibération, par un individu « adapté » à un environnement préparé* » (Licoppe, 2008b, p. 418). Les notions d'environnement « *préparé* » et d'individu « *adapté* » sont particulièrement révélatrices de la conception portée par le modèle : un environnement stable, sur lequel les individus n'ont pas de prise, mais au contraire, à la limite, auquel ils doivent s'adapter. L'activité, bien que « *situé* », est elle-même « *stabilisée et reproductible* » (Licoppe, 2008a, p. 297). Dès lors, les communications, les « *délibérations* » pour reprendre l'expression précédente, dans l'optique de faire des choix en situation, ne sont pas ou peu envisagées dans le modèle. Dans la théorie de l'action située, préoccupée par la façon dont les individus produisent de l'intelligibilité mutuelle en situation, le sens émerge progressivement de l'interaction entre l'individu et son environnement sans que ce dernier ne semble se trouver affecté ou modifié par cette interaction prolongée. Ainsi, si la dynamique d'apprentissage n'est pas exclue à priori (Licoppe, 2008a), le modèle n'y fait pas explicitement référence. Finalement, dans les deux modèles, le problème réside dans l'existence « *d'invariants de l'action* » (Béguin et Clot, 2004, p. 35), des invariants distribués à l'extérieur du sujet, qui « *organisent la conduite et l'activité du sujet* » (p. 42). Dans ces deux théories, « *ce qui rend possible la pensée individuelle c'est l'existence d'un environnement stable de*

pensées, de conceptions, de représentations et de significations qui ne sont celles de personne, bref d'un « esprit objectif » » (de Fornel et Quéré, 1999, p. 28). L'action « située » dans les modèles fait alors référence à la « détermination de l'action par les variables situationnelles » (Béguin et Clot, 2004, p. 42). « L'action est située parce qu'elle a lieu dans un environnement et qu'elle s'organise « par le moyen » de cet environnement, celui-ci fournissant directement les informations, les indications, les significations nécessaires » (de Fornel et Quéré, 1999, p. 25). De ce fait, le caractère situé de l'action ne présage en rien de la capacité de l'acteur ou du collectif à agir sur cet environnement et à le modifier. Dès lors, l'action située et la cognition distribuée ont de sérieuses difficultés à rendre compte du changement organisationnel (Licoppe, 2008b), à traiter des aspects dynamiques du système, entre « donné » et « créé » (Béguin et Clot, 2004).

Mais compte-tenu de ces constats, peut-on encore parler d'une entrée par l' « activité » pour ces deux modèles, quant on sait justement que, « *l'activité ne saurait être réduite à des procédures d'exécution mises en œuvres plus ou moins passivement* » (Béguin et Clot, p. 43) ? On pourrait plutôt penser, comme les auteurs le soulignent que les deux modèles constituent plus « *un déplacement* » qu'un « *renversement de la psychologie cognitive traditionnelle* » (p. 43). Sur ce point, nous nous accordons davantage avec la perspective dynamique défendue par Béguin et Clot (2004), celle qu'adoptent la sociologie de l'acteur-réseau, la théorie de l'activité et ses prolongements français (ergonomie et psychologie clinique du travail). Ces modèles mettent en évidence les possibilités d'action et de transformation des acteurs sur l'environnement. La SAR est une sociologie de l'innovation et l'activité des acteurs est dans cette perspective résolument créative. Les acteurs y jouent un rôle actif dans la conception des objets ; un rôle actif qu'Akrich (2006) étendra de la conception à l'usage des outils dans les cours d'action, en montrant que les acteurs vont intervenir sur ces objets et les détourner de leurs usages prescrits. La théorie de l'activité octroie elle aussi aux acteurs la possibilité d'agir sur le système et de le faire évoluer : l'identification des contradictions qui le traversent, dans les cours d'action, donne ainsi lieu à la construction de solutions locales par les acteurs. L'ergonomie et la psychologie clinique du travail s'inscrivent également dans cette perspective. On retrouve par exemple dans les écrits de Rabardel (1995) la possibilité pour l'acteur d'agir sur l'artefact, à travers un processus d'appropriation que l'auteur qualifie d' « *instrumentalisation* ». En psychologie clinique du travail, le collectif dans lequel s'inscrit le sujet réalise un véritable travail d'organisation (de Terssac et Lalande, 2002). Il développe de nouveaux modes d'organisation du travail (les « *genres* ») desquels le sujet est en mesure de s'émanciper pour à son tour les faire évoluer. Dès lors, ces modèles

portent une perspective dynamique, ils rendent mieux compte du changement organisationnel que ne le font les courants précédents. Et, le contenu du travail lui-même diffère par rapport à la conception portée par la cognition distribuée et l'action située. Si une partie du travail est tournée vers la réalisation de l'objet - une dimension que l'on pourrait rattacher à « *l'activité productive* » de Rabardel (Flocher et Rabardel, 2004) par laquelle l'acteur réalise les tâches -, l'autre est tournée vers l'exploitation des ressources disponibles dans l'environnement que l'acteur sélectionne et fait évoluer selon ses besoins - cette dimension se rattacherait alors à l'« *activité constructive* » de Rabardel (Flocher et Rabardel, 2004), à travers laquelle l'acteur produit les conditions et les moyens de son activité future.

Ces différences fondamentales entre les modèles sur la place de l'organisation dans l'action et, partant, sur la question du changement organisationnel, viennent tout naturellement questionner le rapport à la conception portée par chacun des courants. Nous verrons que ces perspectives, poussées à l'extrême, génèrent de nouvelles contradictions dans le « *carré de l'activité* ». Ce constat appelle à se munir d'un nouveau concept en Sciences de gestion si l'on veut dépasser ces différents clivages.

3.1.3. Le rapport à la conception

a. *De l'analyse de l'activité à la conception des situations de travail*

Sur cette question, les différents courants s'opposent tout d'abord sur le plan méthodologique. Ainsi, la théorie de l'action située et les démarches méthodologiques qu'elle prône ne sont pas orientées vers la conception des situations de travail. Cette théorie, dans la lignée de l'ethnométhodologie, cherche avant tout à générer « *un corps de connaissances empiriques sur des objets théoriques précis* » (Relieu et al., 2004, p. 6). Elle s'oppose en cela à l'ergonomie qui « *place naturellement les questions de conception des situations de travail au centre de ses préoccupations* » (id., p. 6), mais aussi au courant de la cognition distribuée qui, nous l'avons montré précédemment, « *ne constitue pas simplement une manière de décrire l'activité* », le paradigme qu'il porte étant au contraire « *rendu explicite et délibérément incorporé dans les artefacts par leurs concepteurs* » (Licoppe, 2008a, p. 290). Dès lors, les recommandations sont relativement absentes des travaux autour de l'action située. Ce n'est pas la perspective que nous retenons dans ce travail. Nous l'avons vu dans la première partie, nous souhaitons dans la thèse interroger le rapport dynamique que l'activité entretient avec l'organisation. Nous pensons dès lors qu'une réflexion sur l'activité ne peut faire l'économie d'un retour sur des questions de conception. Ainsi, si la thèse ne s'apparente pas à une recherche de type

recherche-action - nous le verrons par la suite -, elle n'en cherche pas moins à produire des connaissances « *actionnables* » (Hatchuel, 2005) sur le système étudié. On cherchera, par là, à interroger la façon dont l'organisation peut soutenir l'activité dont nous avons au préalable mis en évidence les caractéristiques : une activité collective, se déroulant dans un environnement matériel et social particulier, et de cette façon, toujours singulière.

b. *L'organisation comme ressource ?*

Tous les modèles ne reviennent ainsi pas nécessairement sur les questions de conception. Mais parmi ceux qui s'intéressent explicitement à ces questions, Béguin et Cerf (2004) notent qu'« *il existe différentes manières de penser et de définir le statut et les enjeux de l'activité de travail des opérateurs* » (p. 55).

Les auteurs reviennent en premier lieu sur la conception tournée vers « *l'anticipation de l'activité future* » (p. 58), que l'on pourrait rapprocher de la « *stratégie d'anticipation* » mise en évidence par Wildavsky (1988) dans ses travaux portant sur la sécurité⁹². L'anticipation est une approche proactive (Bea, 2008). Elle repose en effet « *sur une approche déterministe du monde : l'ensemble des possibles est prévisible, il faut donc tout faire pour le prévoir. Le problème tient dans la rationalité des concepteurs du système. Ils doivent identifier les dangers, quantifier les risques et planifier des actions de prévention par le biais de dispositifs techniques (automatismes) et réglementaires* » (Journé, 1999, p. 73-74). L'anticipation cherche « *la solution optimale, la parade anticipée à toutes les situations envisageables* » (id., p. 32) afin de préserver la stabilité du système (Wildavsky, 1988). Elle est ainsi, comme le note Tillement (2011), à rapprocher de la planification puisqu'elle « *vise à rationaliser et à formaliser davantage les situations de travail* » (p. 71). L'anticipation s'appuyant sur le plan, on voit bien dès lors qu'une telle approche de la conception ne peut être défendue dans une perspective tournée vers l'activité.

Ainsi, face aux nombreuses failles de la stratégie d'anticipation, une réflexion autour de la conception des situations de travail appelle à penser de nouvelles formes de rationalisation du cadre de l'action, davantage tournées vers la flexibilité du système (Veltz et Zarifian,

⁹² Notre entrée par l'activité découle en effet du constat (formulé dans le chapitre 1) d'une activité de soins constamment soumise à l'aléa, un terme que nous avons par la suite rattaché au concept d'événement de Zarifian (1995). Ces aléas constituent ainsi un risque pour les établissements de soins par les dommages qu'ils sont susceptibles de provoquer - le risque étant entendu comme un« *événement dont la réalisation est incertaine et qui peut provoquer des dommages* » (Hoc J.M., Rogalsky J, 1992, p. 159). La sécurité est ainsi un enjeu majeur pour les établissements de soins et les écrits de Wildavsky (1988) sont, à ce titre, tout à fait éclairants de la question qui nous intéresse ici.

1992). Wildavsky (1988) suggère une alternative à la stratégie d'anticipation qu'il appelle « *stratégie de résilience* ». La résilience « *repose sur l'imprévu qu'elle ne cherche pas à éliminer et dont elle tente de tirer parti* » (Journé, 1999, p. 73) pour améliorer les défenses du système. La résilience vient dès lors elle aussi interroger la conception des situations de travail : il s'agit de déployer une organisation qui soutienne les acteurs face à l'événement, à la singularité de l'activité, afin qu'ils aient la capacité de « *faire face à des dangers non anticipés après qu'ils soient devenus manifestes* » (Wildavsky, 1988, p. 77). Dans une organisation résiliente, Weick (2003) montre qu'affronter un problème ou un imprévu nécessite notamment de savoir improviser, réaliser des bricolages, « *produire de nouvelles actions à partir du chaos et des éléments qui sont à portée de main* » (Roux-Dufort, 2003, p. 152), ce qui n'est pas sans nous rappeler le travail d'articulation opérationnelle qui nous intéresse ici. La résilience consiste notamment à apprendre de l'expérience (*id.*) et « *s'accompagne dès lors d'un apprentissage qui transforme le système lui-même (...) par la mise en place d'une organisation qui tolère et valorise l'événement imprévu* » (Journé, 1999, p. 74).

Béguin et Cerf (2004) distinguent quant à eux deux manières de concevoir des systèmes de travail qui équipent ou soutiennent les acteurs face à la singularité de l'activité, donc dans une stratégie de conception davantage tournée vers la « *résilience* » du système : ils envisagent la possibilité d'une organisation tournée vers la « *flexibilité synchronique* » (p. 59) d'une part, et vers la « *flexibilité diachronique* » (p. 59) d'autre part. Avec la flexibilité synchronique, il s'agit de concevoir des systèmes de travail qui laissent aux acteurs suffisamment de « *flexibilité pour que l'opérateur dispose des marges de manœuvre nécessaires à la réalisation de l'action* » (p. 59). La flexibilité synchronique semble alors défendre l'idée que l'organisation n'est d'aucun recours à l'acteur dans l'activité réelle. De la sorte, soutenir l'acteur face au travail réel, c'est surtout limiter les « *empêchements* » (Clot, 2001 ; 2010). Cette conception est largement portée par la psychologie clinique du travail, ce que met très clairement en évidence Grevin (2011) dans ses travaux. Effectivement, nous l'avons vu au préalable, Clot (2000) considère que les acteurs agissent « *souvent malgré tout, parfois malgré l'organisation prescrite du travail* » (p. 9). Il écrit dans cette perspective : « *Nos interventions en tant que psychologues du travail visent au contraire à donner l'occasion aux sujets de reprendre la main sur leur « métier »* » (Yvon et Clot, 2001, p. 65). L'expression « *reprendre la main* » est particulièrement révélatrice de la conception défendue par Clot, celle de redonner aux acteurs des marges de manœuvres, du « *pouvoir d'agir* » pour qu'ils réalisent le travail de réorganisation des tâches toujours nécessaires dans l'activité singulière. La flexibilité diachronique porte, elle, un tout autre modèle de conception : avec la flexibilité

diachronique, le système évolue dans le temps, il se restructure en fonction des circonstances. Il peut s'agir par exemple de « *concevoir des artefacts modifiables par l'utilisateur* » (Béguin et Cerf, 2004, p. 59).

Les deux approches portent une conception des systèmes de travail différente qui révèle en fait une certaine divergence sur le statut même de l'activité et du rapport qu'elle entretient avec l'organisation. Si l'approche diachronique s'inscrit clairement dans un modèle qui pense le changement organisationnel, les acteurs ayant la possibilité d'agir sur l'organisation, de transformer, détourner, ou encore modifier les artefacts mis à leur disposition, cette perspective n'est pas pour autant poussée à l'extrême : l'acteur ne s'affranchit pas ici complètement de la structure organisationnelle. L'activité est alors pour partie un travail de négociation de l'ordre social pour reprendre Strauss (1992a) que l'organisation cherchera à favoriser. Avec la flexibilité synchronique, il nous semble que le travail réel est purement et simplement opposé au travail prescrit. On n'opère pas de graduation dans cette distinction. Mais dans ce cas, comment l'organisation peut-elle soutenir le travail réel, puisque le produit de l'organisation (la prescription) va par nature à l'encontre de la réalité à laquelle sont confrontés les travailleurs et génère par là des « *empêchements* » (Clot, 2001 ; 2010) ? Une telle perspective nous semble difficile à tenir en Sciences de gestion où la réflexion porte justement sur la manière dont l'organisation peut soutenir l'activité. On préférera penser que toute activité se situe entre le « *donné* » et le « *créé* » (Béguin et Clot, 2004, p. 43).

En conséquence, les différents courants présentés ne permettent pas de saisir l'activité « *située* » organisationnellement (Lorino et Teulier, 2005, p. 13) comme nous souhaitons le faire dans ce travail. Certaines approches donnent à l'acteur et aux artefacts la même place dans l'action, une conviction que nous ne partageons pas, tandis que d'autres, se concentrant sur la fonction cognitive de ces derniers, en oublient par là le rôle à jouer par l'objet dans la coordination du travail. Certains courants, focalisés sur la façon dont l'environnement prend en charge une partie de l'activité, ont tendance à le concevoir comme un « *invariant de l'action* » (Béguin et Clot, 2004, p. 35), et ont dès lors des difficultés à rendre compte du changement organisationnel. D'autres au contraire, considèrent que l'environnement est entièrement réinvesti par la subjectivité de l'acteur. Ce faisant, ces approches ne permettent pas d'envisager la façon dont l'organisation peut soutenir le travail réel en dehors de la concession de marges de manœuvre à l'acteur : l'organisation est appréhendée dans sa dimension contraignante plus qu'habilitante. Mais dès lors, ces courants ne tirent pas profit d'une analyse de l'activité pour identifier de nouveaux leviers de management ou de nouvelles formes de rationalisation du cadre de

l'action. Ce n'est pas, là encore, la perspective que nous défendons dans ce travail. Ces réflexions invitent finalement à se doter d'une unité d'analyse de l'activité particulière qui dépasse les limites des différents modèles identifiées au préalable et pense bien ce rapport dynamique entre activité collective et organisation. Nous faisons dans ce travail l'hypothèse que les concepts de situation de gestion et d'agencement organisationnel proposés par Girin (1990a ; 1983a ; 1995) se situent au niveau d'analyse intermédiaire qui nous intéresse ici. Ils permettent en effet d'étudier simultanément « *l'activité de l'acteur, dans son environnement social organisé* », et « *l'organisation comme système d'activité socialement organisé* » (Lorino et Teulier, 2005, p. 13).

3.2. Le cadre d'analyse retenu dans ce travail : la situation de gestion et l'agencement organisationnel

Si la notion de « *situation* » est très présente dans les différents écrits présentés au préalable - tandis que Suchman parle d'action « *située* », les ergonomes vont s'intéresser à la « *situation de travail* » -, nous avons vu au préalable qu'elle ne revêtait pas la même signification entre tous les courants et que des différences apparaissaient notamment dans le rapport entre activité et organisation qui nous intéresse dans ce travail (à deux niveaux : changement organisationnel et perspectives en matière de rationalisation du cadre de l'action). Pour autant, ces différents courants tournés vers l'activité partagent cet intérêt pour la « *situation* », ce qui nous incite à nous pencher plus avant sur cette notion⁹³. Dans cette dernière partie, nous montrerons finalement que les concepts de « *situation de gestion* » mais également d'« *agencement organisationnel* » proposés par Girin (1990a ; 1983a ; 1995) se situent au niveau d'analyse intermédiaire qui nous intéresse dans la thèse. C'est à travers ces deux concepts que nous appréhenderons le travail d'articulation.

Nous reviendrons tout d'abord aux origines du concept de « *situation de gestion* » qui, comme l'indiquent Journée et Raulet-Croset (2004, 2008), s'est construit en référence aux travaux de la philosophie pragmatiste (Dewey, 1993) et de la sociologie interactionniste (Goffman, 1991 ; 1988). Nous présenterons ensuite de façon plus précise la façon dont cette notion a été exploitée en Sciences de gestion dans les écrits de Girin (1990a ; 1983a) et monterons comment le concept d'« *agencement organisationnel* » (1995), qu'il propose en parallèle, vient utilement compléter une entrée par les « *situations de gestion* ».

⁹³ Sur cette question, Quéré (1997) montre que la redécouverte de l'environnement et du contexte dans certains travaux, tels que ceux de l'action située, ne signifie pas qu'on ait cessé de négliger la situation, en référence à l'appel de Goffman sur la « *situation négligée* » (1988, pp. 143-149), un appel qu'il réitère.

3.2.1. Aux origines du concept de situation : les écrits de Dewey et de Goffman

Sans prétendre à l'exhaustivité sur le fondement de ce concept, nous nous attacherons ici à mettre en avant les principales caractéristiques de la notion de « *situation* » telle qu'elle est proposée par la philosophie pragmatiste à travers les écrits de Dewey (1993) et par la sociologie interactionniste de Goffman (1988 ; 1991), en rapport à la fois avec l'objet de notre étude, mais aussi avec les principales limites identifiées sur chacun des courants qui s'intéressent à l'activité.

Nous souhaitons en premier lieu revenir sur une différence importante entre les deux approches que nous allons ici présenter. Nous allons voir que Dewey (1993) place au cœur de la situation le processus d'enquête. Or, celui-ci est décrit par l'auteur comme un « *exercice solitaire* » (Ogien, 1999, p. 80) réalisé par un acteur qui, bien qu'agissant dans un monde social, est déconnecté de relations avec d'autres individus. Au contraire, Goffman (1988, 1991) place l'interaction au centre de l'analyse des situations. Il décrit ainsi la « *situation sociale* » comme ce qui se produit « *dès que deux ou plusieurs individus se trouvent en présence mutuelle immédiate, et se poursuit jusqu'à ce que l'avant-dernière personne s'en aille* » (Goffman, 1988, p. 146). Dès lors, la situation chez Goffman est par nature collective, et la communication y est centrale (Journé et Raulet-Croset, 2008), un point de vue que nous partagerons en nous intéressant au travail d'articulation que nous avons appréhendé comme une activité avant tout communicationnelle.

Nous retiendrons des écrits de Dewey et Goffman trois caractéristiques majeures de la situation, que nous allons ici présenter : un problème ou une indétermination est toujours à l'origine de la situation ; celle-ci est par nature émergente ; elle renvoie à un point de vue subjectif tout en reconnaissant le caractère objectif de l'environnement.

a. Le problème ou l'indétermination à l'origine de la situation

En premier lieu, la situation émerge pour ces deux courants d'une indétermination, d'un problème à résoudre. Ainsi, chez Dewey, la situation se définit par un « *état de déséquilibre* » (Garreta, 1999, p. 38) et l'auteur place le processus d'enquête au centre de son analyse. Les interactionnistes sont également focalisés sur les problèmes à résoudre, conduisant Koenig (2003) à écrire : « *Ce ne sont pas tant les situations de routine qui intéressent les interactionnistes que les situations nouvelles et problématiques* » (p. 17). Par ailleurs, chez Goffman, la question de la construction du sens ou de la signification est elle aussi au centre de l'analyse (Journé et Raulet-Croset, 2008). En situation, les acteurs cherchent en effet à répondre à la question « *Qu'est-ce qui se passe ici ?* » (Goffman, 1991, p. 34). Ils parviendront à donner du sens à la situation, à attribuer une signification à

l'interaction, à travers la mobilisation d'un ou plusieurs cadres d'interprétation ou d'expérience, dont nous avons déjà fait état dans la première partie. Ainsi, c'est à la lumière de l'indétermination ou du problème à résoudre que les acteurs sélectionneront les éléments pertinents de l'environnement pour traiter celui-ci (Quéré, 1997) : ce faisant, ils constitueront la situation.

b. La nature émergente de la situation

La seconde caractéristique découle de la première : la situation est par nature émergente. Dewey (1993) définit la situation de la façon suivante : « *Ce que désigne le mot « situation » n'est pas un objet ou événement isolé ni un ensemble isolé d'objets ou d'événements. Car nous n'expérimentons jamais ni ne formulons de jugement à propos d'objets et d'événements isolés, mais seulement en connexion avec un tout contextuel. Ce dernier est ce qu'on appelle une « situation »* » (p. 128). La situation émerge de l'enquête⁹⁴ en même temps qu'elle l'abrite, et se définit ainsi progressivement par le « *jeu de connexion* » (Journé et Raulet-Croset, 2008, p. 30) ou par « *l'interaction* » (Garreta, 1999, p. 37) entre les acteurs, les objets et les événements. L'enquête passe en effet par une exploration par l'agent de son environnement (de Fornel, 1999, p. 126). Si la situation est par nature émergente, il en est de même des différentes entités qui la composent et qui sont en interaction en formant ce « *tout contextuel* » (Dewey, 1993). Ainsi, « *l'agent humain ne se contente (...) pas d'analyser la situation dans laquelle il se trouve ; il la constitue véritablement* » (de Fornel et Quéré, 1999 p. 11). Deux implications découlent de ce constat.

Tout d'abord, la situation est unique et induplicable (Ogien, 1999) : la situation émerge face à un problème particulier qui, pour être résolu, implique une réunion toujours unique d'objets, d'acteurs et d'événements puisque ceux-ci émergent à leur tour de la situation et se construisent progressivement par ce jeu de connexion mutuelle. Le danger est alors de priver la situation de « *toute épaisseur temporelle* » (Quéré, 1997, p. 182), de la réduire à un « *instant fugitif, doté d'une individualité irréductible* » (p. 182). On voit mal dans cette perspective comment mener une réflexion sur la façon dont l'organisation peut soutenir l'activité et donc ici équiper les situations, le concept d'organisation sous-tendant une certaine durée, une permanence. Ainsi, nous partageons avec Quéré (1997) l'idée qu'une situation « *est d'abord et avant tout une entité temporelle : elle a une durée ;*

⁹⁴ Une enquête se définit ainsi comme « *le processus transformant une situation indéterminée en une situation déterminée, stabilisée* » (Garreta, 1999, p. 37). Pour autant, la situation n'est pas figée (Journé et Raulet-Croset, 2004), elle évolue toujours selon les interactions entre l'acteur et son environnement.

elle a un début, un milieu et une fin ; elle évolue, se développe, se transforme » (p. 182). Cette réflexion nous conduira à porter une attention particulière dans la thèse à la dimension temporelle des situations.

La seconde implication du constat formulé par de Fornel et Quéré (1999) concerne le rapport entre la situation et son environnement. La situation redonne effectivement *« toute son importance à la dynamique des interactions entre l'agent et l'environnement »* (de Fornel et Quéré, 1999, p. 8) et Dewey, comme Goffman, sont ainsi sensibles *« à la productivité de l'environnement et de la situation »* (de Fornel et Quéré, p. 9). On pourrait alors dire avec Ogien (1999) que la situation se situe entre émergence et contrainte : la situation émerge de l'environnement tout autant que celui-ci émerge de la situation⁹⁵. On assiste donc à un double mouvement, très bien formalisé par Garetta (1999) au sujet des travaux de la philosophie pragmatiste : chez Dewey, l'objet *« existe comme objet en tant qu'il a un rôle réflexivement défini à jouer, dans l'acte : produit de l'acte, il est également ce qui contrôle le déploiement de l'acte »* (p. 51).

Premièrement, les différentes entités qui composent la situation émergent progressivement de celle-ci. Ainsi, chez Dewey (1993), l'objet se voit donner une place dans la situation et donc dans l'action *« du fait de sa position particulièrement focale et cruciale à un moment donné »* (p. 128) par rapport au problème qui se pose, à l'indétermination à laquelle les acteurs doivent faire face. Par ailleurs, la situation peut impacter l'environnement dans la durée. Il en est ainsi dans les travaux de Goffman, où les connaissances produites par l'interaction en situation sont susceptibles de générer de nouveaux cadres d'interprétation (Journé et Raulet-Croset, 2008). Ainsi, la conception de la situation portée par Dewey et Goffman surmonte une des limites que nous avons identifiée dans plusieurs courants tournés vers l'activité : nous avons noté que certains de ces travaux envisagent le caractère situé de l'activité, donc la notion de situation, dans une perspective purement écologique. Il s'agit alors de restituer l'activité dans son environnement matériel et social et de montrer le rôle de cet environnement qui prend en

⁹⁵ Notons que les travaux de Weick sont extrêmement proches de la perspective défendue ici. Bien que le concept de situation ne soit pas présenté par Weick comme central dans son analyse (Koenig, 2003), on retrouve dans ses écrits les réflexions autour de la construction du sens de la situation avec la notion de *« sensemaking »* (1995), mais aussi les considérations sur le caractère émergent de la situation comme de l'organisation (avec la notion d' *« organizing »*, 1979). Il est toutefois à noter que nous nous différencions de ces travaux en intégrant dans notre analyse les dimensions matérielles, spatiales et temporelles auxquelles Weick s'intéresse finalement peu, ses travaux étant surtout tournés vers les ressources symboliques mobilisées par les acteurs dans la situation. C'est à cet égard que nous nous intéresserons, dans la thèse, au concept d'agencement organisationnel proposé par Girin (1995), nous le verrons par la suite, l'agencement organisationnel appelant à prêter attention simultanément aux ressources matérielles, humaines et symboliques.

charge une partie de l'activité. Ces courants en délaissent dès lors la capacité d'action des acteurs sur l'environnement et sur l'organisation. La perspective adoptée ici prend quant à elle tout à fait en considération l'influence de la situation sur son environnement.

Mais par ailleurs, les deux courants ne nient pas l'influence de l'environnement sur la situation : c'est en interagissant avec les objets que la situation se construit progressivement chez Dewey. Dans les écrits de Goffman, l'environnement contient des contraintes qui vont rendre l'action possible dans la situation en l'« *organisant a priori* » (Ogien, 1999, p. 84) : ainsi, le cadre permet, dans une situation, « *d'accorder du sens à tel ou tel de ses aspects, lequel autrement serait dépourvu de signification* » (Goffman, 1991, p. 30), et l'auteur évoque en parallèle l'idée d'« *actions pilotées* » (p. 31) par ces cadres, tout cadre impliquant des « *attentes normatives* » (p. 338), nous l'avons vu au préalable. L'idée avancée par Ogien (1999) que l'environnement organise *a priori* la situation nous paraît essentielle dans la réflexion que nous menons : elle invite à rapprocher la notion d'environnement de celle d'organisation ; elle donne par ailleurs toute sa place à la question de la conception des situations, une question qui nous intéresse fortement dans ce travail. Cette possibilité offerte par l'auteur d'organiser *a priori* les situations tient notamment au fait que les deux courants ne se réclament pas d'un « *relativisme extrême* » (Goodwin et Goodwin, 1996, p. 89), ce que nous allons voir à présent.

c. *La « perspective situationnelle » et la revendication du caractère objectif de l'environnement*

La situation, telle qu'elle est présentée dans les deux courants, renvoie à un point de vue toujours subjectif. Les auteurs s'intéressent ainsi à un individu en interaction avec le monde dans lequel il agit (Ogien, 1999). Tandis que Dewey appréhende la situation comme un « *monde environnant expérimenté* » (Dewey, 1993, p. 128) par un individu, pour Goffman, la situation n'a de sens que par rapport au « *point de vue de ceux qui y sont subjectivement engagés* » (1991, p. 19). Adoptant une « *perspective situationnelle* » (p. 16), ce dernier s'intéresse finalement à « *ce dont un individu est conscient à un moment donné* » (p. 16). Dès lors, un même problème peut donner lieu à une pluralité d'interprétations, et générer une multitude de situations (Journé et Raulet-Croset, 2008). Les objets, les événements, les éléments du monde objectif sont en effet filtrés, sélectionnés par l'acteur par rapport au problème qui se pose, à un moment donné (donc dans une structure temporelle définie comme l'indique Quéré, 1997). Chez Goffman par

exemple, l'individu sélectionne parmi toutes les contraintes qui pèsent sur lui, « *celles qui possèdent une pertinence dans l'ici et le maintenant de l'action* » (Ogien, 1999, p. 84)⁹⁶.

Toutefois, à travers cette perspective, les auteurs n'argumentent pas « *en faveur d'un relativisme extrême* » (Goodwin et Goodwin, 1996, p. 89). Le concept de situation articule au contraire des composantes à la fois objectives et subjectives (Journé et Raulet-Croset, 2004). Ainsi, Goffman et Dewey ne remettent pas en question le caractère objectif du monde environnant. Dewey défend même vigoureusement l'idée que « *les situations sont objectives, concrètes* » (Garreta, 1999, p. 38) mais que « *l'objectivité est celle des traits de la situation, de sa structure temporelle* » (p. 64). Il semblerait dès lors que, plutôt que de la situation, il faille ici parler du caractère objectif de l'environnement. Quéré (1997) appelle en effet à opérer une distinction entre la situation et l'environnement dans lequel elle s'insère, une distinction que ne font pas certains courants présentés au préalable ce qui donne lieu à deux distorsions déjà mises en évidence. D'un côté, certains courants, confondant environnement et situation, s'inscrivent dans une perspective purement objective et en délaissent par là le rôle de l'acteur en transférant « *trop facilement le contrôle de l'action de l'acteur à l'environnement et à ses objets plutôt qu'à la situation* » (*id.*, p. 179). On perd ici le sens premier donné au concept de situation : l'environnement objectif n'est pas réapproprié par l'acteur au sein d'une situation toujours singulière, ce qui pose, on l'a vu, des problèmes pour penser le changement organisationnel. A l'opposé, certains courants, n'opérant pas de distinction entre situation et environnement, s'inscrivent dans une perspective purement subjective en se focalisant sur l'emprise de l'individu sur l'environnement, dès lors entièrement réinvesti par la subjectivité de l'acteur. Avec ce « *situationnisme extrême* » (Koenig, 2003, p. 19), il est difficile de penser la façon dont l'organisation peut soutenir le travail réel, l'environnement n'ayant pas d'existence propre en dehors de son rapport intersubjectif avec l'acteur. Quéré (1997) appelle d'ailleurs à ce sujet à « *desserrer la prise de l'acteur sur la situation* » (p. 179). L'auteur montre finalement que « *structure de la situation et structure de l'environnement sont deux choses distinctes* » (p. 173) et qu'ils ne disposent notamment pas de la même structure temporelle : la situation est bien définie dans le temps mais elle est par nature éphémère ; l'environnement est relativement stable sur le long terme, il possède une certaine permanence.

Pour qui s'intéresse au rapport entre l'activité et son environnement, entendu sous l'angle de l'organisation, ce constat appelle à se doter d'un concept complémentaire à la

⁹⁶ C'est d'ailleurs dans cette perspective que Goffman (1991) opère une distinction entre cadres primaires et secondaires dans son analyse.

situation qui permette d'appréhender cet environnement matériel et symbolique construit en situation et dans lequel, conjointement, puise la situation. C'est dans cette perspective que nous mobiliserons la notion d'« *agencement organisationnel* » proposé par Girin (1995) en complément de la « *situation de gestion* » (1990a ; 1983a) que nous nous proposons à présent d'examiner.

3.2.2. La situation de gestion chez Girin : une unité d'analyse intermédiaire de l'activité

Le concept de « *situation de gestion* » proposé par Girin (1990a ; 1983a) prolonge les réflexions sur la situation, entamées par la sociologie interactionniste et la philosophie pragmatiste, dans le champ de la gestion des organisations (Journé et Raulet-Croset, 2004).

Un apport fondamental de Girin au concept de situation est de le rapprocher de la notion de performance (Journé et Raulet-Croset, 2004)⁹⁷. Ainsi, l'idée de résultat mais aussi d'évaluation du résultat de l'activité collective est au cœur de la situation de gestion proposée par Girin (1990a ; 1983a). Celui-ci donne à ce concept la première définition (1983a) suivante : « *Nous dirons que nous sommes en présence d'une situation de gestion chaque fois qu'à un ensemble d'activités en interactions est associée l'idée d'activité collective et de résultat faisant l'objet d'un jugement, et que des agents sont engagés dans la situation de gestion lorsqu'ils se reconnaissent comme participant à des degrés divers à la production du résultat* » (p. 1). Il reviendra par la suite (1990a) sur cette première définition en y ajoutant l'idée, d'une part, que les « *participants sont réunis* » (p. 142) - et il abandonnera par là l'expression d'un « *ensemble d'activités en interactions* » - et, d'autre part, que l'action qu'ils doivent accomplir pour obtenir le résultat est encadrée par des contraintes temporelles : elle s'effectue ainsi « *dans un temps déterminé* » (p. 142)⁹⁸.

⁹⁷ La notion de situation de gestion est proche en ce sens de celle de « *processus* » (Lorino, 2006) que l'auteur définit comme « *la coopération d'activités qui ne se caractérisent pas par leur similitude, mais par leur complémentarité pour atteindre un certain type de résultat, porteur de sens au plan technique, économique ou social* » (2009, p. 90). De ce fait, Lorino rappelle que la notion de résultat ne concerne pas uniquement la performance économique ou financière, mais intègre également d'autres considérations telles que la sécurité ou encore la qualité (p. 88), dimensions qu'il nous faudra prendre en compte dans la thèse.

⁹⁸ Girin (1990a) définit la situation de gestion de la façon suivante : « *Une situation de gestion se présente lorsque des participants sont réunis et doivent accomplir dans un temps déterminé, une action collective conduisant à un résultat soumis à un jugement externe* » (p. 142).

Nous allons ici montrer que la situation de gestion se situe au niveau intermédiaire entre activité individuelle et collective, et entre activité et organisation qui nous intéresse dans ce travail.

a. L'articulation entre l'activité individuelle et collective

On retrouve dans la définition de la situation de gestion la prise en compte de la subjectivité de l'acteur telle qu'elle est suggérée dans les approches de Dewey et Goffman : chez Girin, un acteur est engagé dans la situation de gestion lorsqu'il « se reconnaît », s'identifie lui-même et à son niveau comme participant à celle-ci. Par ailleurs, selon Girin (1983a), chaque acteur appréhende la situation depuis son propre point de vue, et se fait une idée des variables les plus importantes, les plus pertinentes pour appréhender la situation. Or, cette représentation participe à la structuration de la situation, des comportements⁹⁹ : Girin s'intéresse ainsi à l'activité individuelle et à son impact sur l'évolution de la situation.

Mais dans le même temps, on le voit dans la définition précédente, à la situation de gestion est associée la notion d' « *activité collective* » (Lorino, 2006). Un certain nombre d'acteurs (les « *participants* ») sont ainsi réunis ou en interaction dans la situation. On retrouve ici l'idée d'interaction chère à Goffman et, comme chez celui-ci, la communication entre les acteurs est essentielle dans la situation de gestion¹⁰⁰.

Finalement, la question de l'articulation entre l'individu et le collectif est fondamentalement au cœur de la situation de gestion. De là, Girin (1990a ; 1983a) montre que les objectifs ou intérêts des acteurs ne sont pas toujours susceptibles de converger entre eux, ou avec le résultat final que l'on cherche à atteindre, et vont même fréquemment diverger. A travers le concept de situation, l'auteur cherche ainsi à « *intégrer le fait que les participants, bien que contraints par la poursuite du résultat poursuivent simultanément plusieurs fins* » (Girin, 1990a, p. 150). On retrouvera alors le constat formulé pour notre objet d'étude : la nécessité d'opérer des arbitrages en situation pour faire converger ces intérêts potentiellement divergents. Or, Girin (1990a ; 1983a) montre que c'est l'organisation du travail qui parvient à orienter les

⁹⁹ Finalement, on pourrait dire avec Koenig (2003) que « *le réel est ce que les acteurs en situation conviennent de définir comme tel* » (Koenig, 2003, p. 26). Les participants sont dès lors bien présentés comme les protagonistes de l'action, ils sont placés au centre de la situation et Girin leur donne davantage d'importance qu'aux ressources matérielles ou symboliques - nous y reviendrons par la suite - à la différence de certains des modèles présentés auparavant.

¹⁰⁰ Les travaux de Girin sont ainsi largement tournés vers la communication, le langage dans les organisations (1990b ; 2001).

comportements individuels vers la réalisation du résultat désiré, celui qui est soumis à évaluation. Ce faisant, l'auteur déplace le regard de l'activité vers l'organisation : la situation se positionne ainsi également à un niveau d'analyse intermédiaire entre l'activité individuelle et le construit organisationnel (Journé et Raulet-Croset, 2004).

b. L'articulation entre l'activité et l'organisation

S'intéressant à la question de l'articulation entre les intérêts individuels et collectifs, Girin (1990a ; 1983a) montre que c'est finalement l'organisation qui, en fournissant certaines ressources et en imposant certaines contraintes aux individus, assure la cohérence des actions individuelles vers les finalités poursuivies par l'organisation : « *La notion de participant n'implique en aucune manière que la poursuite du résultat soit pour chacun d'eux un objectif ultime ou une finalité à laquelle ils adhéreraient sans réserve : leur participation peut être purement et simplement une obligation, une condition, une opportunité pour parvenir à réaliser d'autres objectifs individuels ou collectifs. Les participants agissent à l'intérieur de certaines contraintes (par exemple des contraintes matérielles, légales, éthiques, etc.), et ne disposent que de ressources limitées, matérielles (matières premières, machines, outils, etc.) et immatérielles (notamment les savoirs et les savoir-faire)* » (Girin, 1990a, p. 142). Il inscrit ainsi la situation au cœur de l'activité managériale (Journé et Raulet-Croset, 2008) : la situation est encadrée par des contraintes temporelles, elle se déroule dans un environnement matériel et immatériel spécifique, et elle est tournée, nous l'avons dit vers l'obtention d'un résultat soumis à évaluation.

La situation de gestion se situe ainsi à un échelon d'analyse intermédiaire entre l'activité et l'organisation. La notion de situation de gestion s'intéresse bel et bien à l' « *activité* », au sens défini par les différents courants présentés au préalable, à savoir l' « *activité située* ». La situation de gestion se caractérise en effet par son unicité, sa singularité (Journé et Raulet-Croset, 2008) et la notion de situation de gestion est locale (Girin, 1983a). La situation de gestion s'inscrit dans un cadre spatio-temporel bien défini (elle possède donc un caractère non permanent, par comparaison avec l'organisation, nous l'avons vu précédemment). Et les travaux de Girin donnent une grande importance à l'environnement dans lequel la situation se déroule : sur ce plan, ils s'accordent ainsi tout à fait avec la perspective des courants tournés vers l'activité. L'auteur s'intéresse par exemple à l'impact des facteurs matériels dans la situation, appréhendant ceux-ci comme une particularité de la situation (1983a), ou montre encore le rôle des objets pour assurer

la « réunion » des participants éloignés géographiquement¹⁰¹ (1990a). La situation envisage ainsi l'action située dans un environnement physique particulier qu'il conviendra d'identifier.

Mais en même temps, la réflexion sur les situations de gestion conduit Girin (1990a ; 1983a) à interroger l'organisation en retour. Ainsi, écrit-il que la situation, bien que locale, renvoie à la globalité que d'une certaine manière elle contient (1983a). La situation de gestion ne peut dès lors s'analyser qu'en référence aux contextes à l'intérieur desquels elle se développe (*id.*). Et Girin (1990a) questionne le rapport entre organisation et activité : avec le concept de situation de gestion, l'auteur parvient à réaliser cette articulation entre activité (sous-entendue « *située* ») et organisation qui nous intéresse ici. Le concept de situation de gestion constitue dans cette perspective un double refus de l'individualisme méthodologique et du holisme (Lorino, 2006). Girin (1990a) cherche ainsi à « *intégrer la dimension collective de l'action, autrement que comme simple agrégation des actions individuelles, mais autrement aussi que comme propriété systémique ou organique indépendante des individus, qui supposerait que la situation de gestion soit un ensemble cohérent* » (p. 151). Avec la situation de gestion, Girin conceptualise ainsi le fait que l'individu ou le collectif, par ses actions, peut agir, transformer, ou même créer l'environnement dans lequel il s'inscrit. Mais dans le même temps, l'auteur ne nie pas l'impact de l'organisation sur l'activité : l'organisation est ainsi structurante de la situation qui se déroule dans un contexte organisationnel spécifique (espace, temporalité, ressources matérielles et symboliques (règles, division du travail et des responsabilités...)). L'organisation est selon Girin (1990b) porteuse à la fois de ressources et de contraintes pour la situation. Finalement, on pourrait dire avec Journé et Raulet-Croset (2008) que la situation et l'organisation « *co-émergent* » des interactions entre les acteurs ou que « *l'organisation produit des situations qui en retour la modifient* » (p. 27). Dans cette perspective, Girin (1990a) présente l'organisation comme une « *réponse donnée à une ou plusieurs situations de gestion possédant une certaine permanence, en même temps qu'une rigidification des moyens pris pour y faire face* » (p. 144) : on voit bien ici de quelle façon la situation génère une organisation particulière qui l'impacte en retour en agissant sur l'environnement dans lequel elle s'ancre. Cette réflexion sur le rapport entre situation et organisation, entre le caractère singulier, volatile, éphémère de la situation, et le caractère rigide et permanent de l'organisation a été poursuivie par Journé et Raulet-Croset (2008) qui envisagent ce rapport comme un champ de tension tout autant

¹⁰¹ Notons que les objets se voient alors dotés d'une fonction de coordination dans les cours d'action à la différence de certains modèles présentés au préalable, une limite que nous avons pointée.

qu'un levier managérial, la logique des situations appelant à « *renoncer à ce répertoire de réponses prescrit* » (p. 49) pour trouver d'autres façons de rationaliser le cadre de l'action.

c. La situation de gestion comme échelon d'analyse intermédiaire

En résumé, la situation de gestion se situe au niveau d'analyse intermédiaire qui nous intéresse dans ce travail. Ainsi, Girin (1990a) écrit-il :

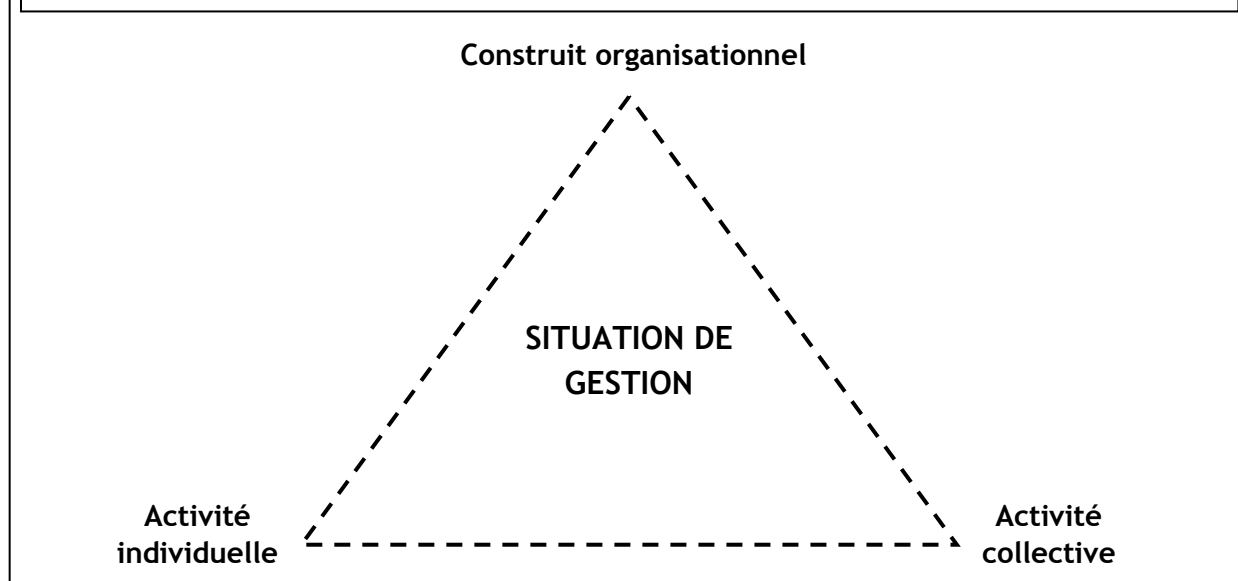
« La notion de situation de gestion pourrait, en ce sens, être qualifiée de « notion intermédiaire ». Elle combine des niveaux très macroscopiques, tels que celui de la société ou de la grande organisation et des niveaux microscopiques tels celui des individus singuliers et de leurs interactions. Elle se situe également entre une perspective de détermination par des lois « générales », et une perspective où l'on accorderait la place prépondérante à l'idée de libre-arbitre des acteurs » (p. 145)

La situation de gestion pense à la fois l'articulation entre activité individuelle et collective mais aussi le rapport entre cette activité et l'organisation (voir figure n°5). Dans cette perspective, elle s'intéresse au caractère toujours singulier de l'activité (c'est la réunion toujours unique d'acteurs, de ressources matérielles et symboliques spécifiques, à un moment précis bien délimité dans le temps) et intègre dès lors la capacité des acteurs à agir sur l'organisation pour l'adapter aux contingences du réel : l'organisation émerge de la situation. Pour autant, le concept de situation de gestion ne nie pas l'influence de l'organisation qui est en partie structurante de la situation : la situation émerge de l'organisation. Ce faisant, le concept de situation offre la possibilité de questionner la façon dont l'organisation peut soutenir l'activité réelle¹⁰², une réflexion déjà entamée par Journé et Raulet-Croset (2008) et poursuivie par Schmitt¹⁰³ et al. (2011) en Sciences de gestion.

¹⁰² Pour faire le lien avec les limites que nous avons pointées sur les différents courants qui s'intéressent à l'activité, une entrée par la situation de gestion permet donc d'interroger la « *conception* », la notion de « *conception* » étant entendue au sens de Lorino (2009) comme une « *co-construction continue de l'activité collective* » (p. 105).

¹⁰³ Schmitt et al. (2011) s'intéressent au rapport entre situation de gestion et changement organisationnel au sein d'une administration publique. Les auteurs tirent notamment de l'étude le constat suivant : les situations de gestion « *constituent (...) un point d'entrée intéressant pour aborder les organisations et améliorer ainsi la pertinence des actions d'accompagnement vers ces dernières* » (p. 167).

Figure n° 5 - La situation de gestion, unité intermédiaire entre l'activité individuelle, l'activité collective, et l'organisation



C'est donc par cette unité d'analyse que nous entrerons sur notre objet d'étude : il s'agira alors d'étudier le travail d'articulation en situation de gestion, un travail d'articulation envisagé dans la double perspective que nous avons ici mise en évidence : articulation entre les acteurs (activité individuelle / collective) et avec l'organisation (activité / organisation). Nous verrons d'une part comment les acteurs interagissent entre eux dans l'activité collective, en plaçant au cœur de l'analyse la question des arbitrages entre les différents points de vue, toujours subjectifs. Nous verrons d'autre part de quelle façon les acteurs interagissent, par ce travail d'articulation, avec l'organisation : à la fois, comment l'organisation est impactée et se transforme (adaptation locale des ressources, institutionnalisation des solutions locales...) mais également comment elle équipe, maîtrise ou contraint ce travail d'articulation et dès lors la façon dont elle peut soutenir/favoriser ce dernier.

Toutefois, cette réflexion sur le rapport entre activité et environnement que nous menons à travers les concepts de situation de gestion et d'organisation nécessite, dans l'analyse, de se doter d'une unité supplémentaire : si l'activité sera analysée dans la thèse à travers le concept de « *situation de gestion* » pour la penser à la croisée entre activité située et organisation, il nous faut en complément nous doter d'une unité d'analyse de l'organisation envisagée comme un construit, dans l'activité. C'est dans cet esprit que nous mobiliserons, dans ce travail, la notion d'« *agencement organisationnel* » proposée par Girin (1995).

3.2.3. Les agencements organisationnels : un complément nécessaire pour se saisir des ressources mobilisées dans la situation

« A travers l'activité on rencontre (...) inévitablement l'organisationnel » (Teulier, 2005, p. 270). Considérant cette perspective, Teulier souligne la nécessité, lorsqu'on s'intéresse à l'activité d'identifier les différents niveaux d'analyse de l'activité, et notamment les niveaux organisationnels : « L'action organisationnelle est à distinguer de l'action collective » (p. 270). Or, le concept d'« agencement organisationnel » proposé par Girin (1995) correspond à un de ces niveaux selon l'auteur. Ainsi, en complément de la situation de gestion, nous nous proposons d'étudier les agencements organisationnels qui se construisent en situation.

Girin (1995) définit les agencements organisationnels comme des « combinaisons d'éléments hétérogènes dotées, « à l'intérieur » d'une organisation, d'un mandat » (p. 235). L'agencement est un « hybride » (p. 246), un composite de ressources à la fois humaines, matérielles et symboliques reliées entre elles, donc en interaction. L'auteur s'intéresse ici à l'organisation telle qu'elle se construit en situation. Le concept d'agencement organisationnel s'inscrit donc tout à fait dans la perspective de l'activité que nous adoptons dans ce travail : Girin met alors en évidence l'autonomie de ce composite et l'asymétrie d'information qui caractérise la relation entre l'agencement organisationnel et son mandant, puisque si le « mandant dit », seul le « mandataire¹⁰⁴ fait » (p. 256). Tirons trois caractéristiques de la définition précédente :

Tout d'abord, en introduisant le concept d'agencement organisationnel, Girin appelle à prêter attention aux objets que les acteurs mobilisent, aux espaces dans lesquels ils évoluent, mais aussi, à travers la notion de « ressources symboliques », aux règles, aux outils de gestion et surtout aux échanges langagiers qui se déroulent en situation. Si les ressources matérielles et symboliques intéressent Girin (1995) tout autant que les ressources humaines, il ne leur donne toutefois pas le même rôle à jouer dans l'action : revenant sur le terme d'« actant » proposé par Callon (2006, p. 271), il suggère quant à lui l'existence d'une certaine asymétrie entre les ressources qui composent l'agencement (Journé, 1999).

Ce ne sont, ensuite, pas les différentes ressources prises de façon isolées qui intéressent l'auteur mais bien la façon dont elles s'imbriquent, se combinent pour former l'agencement. Il s'intéresse ainsi aux interactions entre ces différentes ressources. Il

¹⁰⁴ Le mandataire est dans les travaux de Girin (1995) l'agencement organisationnel.

montre alors que la rencontre entre ces composants les transforme mutuellement¹⁰⁵, et octroie par là aux acteurs (placés au centre de l'agencement, rappelons-le) la possibilité d'agir sur l'environnement matériel et symbolique qui les entourent. L'analyse des relations entre les ressources nous apparaît centrale dans le travail que nous souhaitons mener : elle nous permettra, dans la lignée de la théorie de l'activité, d'identifier les complémentarités, les contradictions, les « *empêchements* » (Clot, 2001 ; 2010) qui naissent de la rencontre de ces ressources dans l'agencement, afin d'interroger l'organisation en retour.

Enfin, la définition place au cœur de l'agencement la notion de mandat. Celle-ci suggère, dans la lignée de la situation de gestion, l'idée de résultat à atteindre, donc d'action à orienter vers la réalisation d'un but.

De ce fait, les concepts de situation de gestion et d'agencement organisationnel partagent une perspective commune, celle de l'analyse de l'activité, mais à deux niveaux bien distincts, qu'il nous faut identifier, particulièrement lorsqu'on s'intéresse au rapport entre activité et organisation. Ces notions sont donc complémentaires. Toutefois, Girin ne les a pas mises en relation dans ses travaux. Nous tâcherons dès lors de nous y employer dans la thèse. Notons d'emblée à ce propos que l'auteur appréhende les composants de l'agencement comme des « *déterminants de l'action tout autant que de simples outils pour l'action* » (p. 250). On retrouve ici le double mouvement dont nous avons au préalable fait état : l'environnement matériel et symbolique généré par l'organisation est tout autant une ressource qu'une contrainte pour la situation. D'une part, il fournit à la situation les moyens de réalisation de l'action tournée vers le résultat à atteindre, d'autre part, il structure la situation, les possibilités d'évolution de celle-ci, par la matérialité des objets qu'il met à disposition dans la situation, mais aussi en restreignant le champ des possibles à travers certaines contraintes de réalisation.

En définitive, l'étude des agencements organisationnels permet de se saisir des ressources mobilisées par les acteurs en situation, mais aussi et plus fondamentalement, en étudiant la façon dont elles se rencontrent, d'observer la façon dont la réalité organisationnelle se construit en situation. Elle doit par ailleurs permettre - et c'est sur cet aspect que Girin (1995) conclut son propos - de remonter vers des questions de conception, en appréhendant « *comment concevoir le "design" d'un agencement susceptible de faire ce*

¹⁰⁵ Il emprunte par exemple à la sociologie de l'acteur-réseau la notion de « *traduction* » (p. 275) pour montrer la façon dont les ressources symboliques parviennent à se transformer entre elles.

qu'on attend de lui » (p. 279), ce que nous chercherons à faire en identifiant les contradictions de l'agencement.

*

Nous sommes revenue dans cette section sur les limites des approches du « *carré de l'activité* » (Licoppe, 2008a) présentées au préalable. Nous avons montré que certaines de ces approches, trop focalisées sur la façon dont l'environnement prend en charge une partie de l'activité, en délaissent par là la capacité d'agir sur cet environnement appréhendé comme un « *invariant situationnel* » (Béguin et Clot, 2004, p. 42) : ce faisant, la question du changement organisationnel, de la dynamique d'apprentissage n'est pas envisagée. D'autres, au contraire, centrées sur l'activité créative du sujet sont prises dans un « *relativisme extrême* » (Goodwin et Goodwin, 1996, p. 89) à travers lequel l'environnement n'a pas d'existence propre, et ont dès lors des difficultés à penser la façon dont l'organisation peut soutenir le travail réel. De là, nous avons montré la nécessité de s'équiper, en Sciences de gestion, d'un cadre d'analyse particulier qui pense le rapport entre activité et organisation qui nous intéresse ici.

C'est dans cette perspective que nous mobilisons dans ce travail les concepts de situation de gestion et d'agencement organisationnel proposés par Girin (1990a ; 1983a ; 1995). Ceux-ci constituent des unités d'analyse intermédiaires : ils permettent d'une part de s'intéresser à la question de l'articulation entre activité individuelle et collective, au centre d'une réflexion sur la coordination ; d'autre part, ils permettent de questionner le rapport entre activité et organisation pour appréhender la façon dont le travail d'articulation impacte l'organisation mais aussi la façon dont cette dernière structure et équipe ce travail supplémentaire. Nous nous demanderons par là comment chaque ressource de l'agencement concourt à la réalisation du travail d'articulation en situation, particulièrement, nous l'avons souligné dans le premier chapitre, lorsque des événements surgissent dans les cours d'action. Par ailleurs, en identifiant les contradictions au sein de l'agencement, nous remonterons vers des questions de conception afin de générer des connaissances « *actionnables* » (Hatchuel, 2005) sur la manière dont l'organisation peut équiper le travail d'articulation et, ce faisant, sur ce que peut apporter à la réflexion managériale, le concept de situation de gestion.

La perspective adoptée dans la thèse invite à certaines considérations méthodologiques, nous l'avons vu en présentant les différents courants qui s'intéressent à l'activité, à la fois sur le plan de la collecte des données - on cherchera alors à saisir l'activité réelle - mais aussi sur le plan épistémologique, puisqu'elle impacte la nature même de la réalité

observée. Ce sont ces considérations méthodologiques que nous nous proposons d'examiner dans le chapitre suivant, avant d'introduire nos résultats de terrain.

Résumé du chapitre 2

Le chapitre explicite le positionnement adopté dans la thèse par rapport aux écrits recensés sur la question qui nous intéresse. Il présente ensuite le cadre théorique retenu pour appréhender cet objet de recherche.

Nous repartons de la question de la coordination du travail au sein des établissements de santé, placée au cœur de notre propos. Nous intéressant tout particulièrement aux écrits de Strauss (1992a), nous montrons que le travail d'« *articulation opérationnelle* » dont l'auteur fait état est surtout présenté comme le complément d'un travail d'articulation davantage formalisé : la façon dont le travail d'articulation a jusqu'ici été appréhendé peine à penser le rapport entre activité et organisation et notamment la manière dont l'organisation peut soutenir ou équiper ce travail d'articulation. C'est dans le prolongement de ces écrits que la thèse doit s'inscrire en tâchant d'**appréhender le travail d'articulation « situé » organisationnellement** pour faire écho aux travaux de Lorino et Teulier (2005) sur l'« activité ».

Nous montrons que **ce positionnement appelle à adopter un échelon d'analyse intermédiaire**, à la charnière entre « *l'étude de l'activité de l'acteur, dans son environnement social organisé* », et « *l'étude de l'organisation comme système d'activité socialement organisé* » (Lorino et Teulier, 2005, p. 13). Dans cette perspective, nous décrivons la façon dont différents courants disciplinaires, constituant ce que Licoppe (2008a) appelle le « *carré de l'activité* », adoptent cet angle d'analyse particulier. Nous identifions plusieurs limites à ces approches pour notre propos dans le rapport entre activité et organisation qui nous intéresse ici : tandis que certaines peinent à concevoir la façon dont l'organisation peut soutenir le travail réel, d'autres n'envisagent pas le changement organisationnel et la dynamique d'apprentissage du système.

C'est dans cette perspective que nous mobilisons, dans ce travail, les concepts de **situation de gestion et d'agencement organisationnel** proposés par Girin (1990a ; 1983a ; 1995). Ceux-ci constituent des **unités d'analyse intermédiaires à la croisée entre activité individuelle, activité collective et organisation** qui doivent nous permettre de questionner ce rapport entre activité et organisation. Dans la thèse, nous mobiliserons ainsi le concept de situation de gestion comme unité d'analyse de l'activité « *située* » organisationnellement ; nous retiendrons, en outre, le concept d'agencement organisationnel comme unité d'analyse de l'organisation appréhendée comme un construit, dans l'activité.

CHAPITRE 3 :

MÉTHODOLOGIE DE LA THÈSE

L'objet de notre étude présenté dans le premier chapitre de la thèse et le cadre théorique retenu au chapitre deux appellent à la mise en œuvre d'une méthodologie spécifique ancrée dans une posture épistémologique particulière. Ce sont à ces considérations méthodologiques et épistémologiques que le présent chapitre va s'intéresser.

La recherche s'inscrit en effet dans une perspective qualitative qu'il nous appartient de développer tant celle-ci revêt des significations variées. Si les méthodologies de recherche qualitatives sont souvent présentées comme un « *bricolage* » (Giordano, 2003, p. 13) et le chercheur comme un « *artisan* » (Peneff, 2009, p. 10), au regard de leur caractère généralement inductif, elles n'en suivent pas moins à un cheminement rigoureux que nous allons ici présenter. Nous chercherons dans ce chapitre à mettre au jour les présupposés de l'étude de terrain (posture épistémologique, mobilisation de concepts préalable, *etc.*) ainsi qu'à faire preuve de transparence (comment s'est construit le design de la recherche, comment on a cherché à limiter les biais, *etc.*) afin de laisser le lecteur seul juge du travail accompli.

Ainsi, nous montrerons en quoi ce travail peut se revendiquer d'une posture plutôt constructiviste, compte-tenu du regard que nous avons porté sur le terrain étudié, des concepts mobilisés, des relations que nous avons entretenues avec l'objet de notre recherche mais aussi du projet de connaissance porté par la thèse. Toutefois, avant de revenir sur les hypothèses sous-jacentes à la démarche, nous exposerons dans un premier temps les différentes étapes de ce travail de recherche. La première section sera consacrée à l'étude de la construction de l'objet de recherche. La seconde section présentera la stratégie d'accès au réel retenue dans ce travail. Nous verrons que la thèse consiste en une étude de cas enchâssée (Yin, 1994) combinant trois modes de collecte des données, de l'observation *in situ*, à l'entretien, puis à l'analyse de documents. Dans une troisième section, nous montrerons comment nous avons procédé pour coder puis analyser les données collectées. Ce n'est qu'alors que nous reviendrons, dans un quatrième temps sur la posture épistémologique de la thèse. Nous réfléchirons ici à la nature et à la validité des connaissances ainsi produites.

Bien que, par souci de clarté, la présentation de la méthodologie puis des résultats suive un processus très linéaire, soulignons le caractère itératif de la démarche fait d'aller-retour entre la théorie et le terrain, entre l'analyse et le recueil des données.

1. LA CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE

Contrairement à certaines approches qualifiées d'hypothético-déductives dans lesquelles l'objet de recherche est fixé *a priori* par le chercheur qui souhaite, par le terrain, éprouver des hypothèses élaborées au préalable, notre démarche se rapproche plus volontiers de l'induction. Dans cette section, nous montrerons ainsi que l'objet de recherche a véritablement émergé des données recueillies (1.1). Toutefois, en parallèle du travail de terrain, la théorie a joué un rôle essentiel dans la construction de l'objet de recherche : nous nous attacherons ici à préciser de quelle façon la mobilisation de certains concepts a été, sur ce point, déterminante (1.2).

1.1. Emergence de l'objet de recherche au cours d'une étude préalable

La présente recherche s'inscrit dans le prolongement d'une première étude, menée par une équipe de quatre chercheurs¹⁰⁶ de l'Université de Nantes à laquelle nous étions intégrée¹⁰⁷, sur des problématiques de climat social. Si l'approche retenue dans la thèse diffère pour partie de la démarche adoptée dans le cadre de cette première étude, notre recherche ne constituant pas à proprement parler une recherche de type intervention, il nous paraît pour autant essentiel d'en rappeler les grandes lignes. C'est en effet au cours de l'étude qu'a émergé l'objet de la présente recherche. L'historique de l'établissement investigué est par ailleurs important, ne serait-ce que pour faire état par la suite de la façon dont nous avons négocié l'entrée sur le terrain. Cette première étude est présentée dans l'encadré ci-dessous (encadré n°1) :

Encadré n° 1 - Une étude préalable sur l'amélioration du climat social au sein de l'établissement

En juin 2008, faisant face à d'importantes difficultés en matière de climat social (résultat du baromètre social très dégradé et confrontation à deux grèves successives dont l'une effectuée par plus de 50% du personnel), la direction d'une clinique privée de l'ouest de la France a en effet fait appel à notre équipe. La situation était extrêmement délicate puisque les

¹⁰⁶ Nous remercions ici Mathieu Detchessahar, Anouk Grevin et Arnaud Stimec de nous avoir intégrée à leur équipe, nous offrant par là l'opportunité de participer à leur côté à ce qui fut pour nous une première étude d'une grande richesse.

¹⁰⁷ Nous avons participé à cette première étude dans le cadre de notre Master 2. Le mémoire que nous avons rédigé s'est attaché à identifier de façon plus précise l'objet d'étude sur lequel nous avons par la suite travaillé dans la thèse : la coordination. A partir des écrits recensés sur cette question (étude en particulier des travaux de Mintzberg (1982)), nous avons défini le positionnement de la recherche. Un important travail d'analyse de l'activité a été réalisé. Le mémoire ne permettait pas en revanche de générer un retour critique sur l'organisation du travail, ce que nous avons entrepris de faire par la suite.

représentants du personnel et membres du comité d'entreprise avaient voté de manière unilatérale, pour motif de danger grave et imminent, l'expertise d'un cabinet de conseil spécialisé sur les risques psychosociaux. La réunion de cadrage avec ce prestataire ayant conduit à un blocage complet des deux parties sur le périmètre de l'intervention, c'est dans ce contexte de fortes tensions que l'équipe a été appelée à intervenir en septembre 2008 pour mettre en place dans les plus brefs délais (avant que ne débute l'intervention du cabinet de conseil) un plan d'action sur l'amélioration du climat social.

A l'issue de plusieurs réunions de cadrage au cours desquelles nous avons arrêté collectivement le périmètre de l'étude, l'équipe a mené une campagne d'entretiens individuels de janvier à mars 2009. Un diagnostic de la situation a ensuite été restitué aux différents niveaux de l'organisation (membres du Directoire, comité de direction, CHSCT, comité de pilotage formé pour l'étude, managers de proximité et personnels ayant été rencontrés en entretien). Dans la lignée, nous avons travaillé avec le comité de pilotage de l'étude, qui intégrait des membres du personnel tout autant que de la direction, à l'élaboration d'un plan d'action devant répondre aux éléments pointés dans le diagnostic : l'étude constitue ainsi une véritable recherche-intervention. Fin juin 2009, un plan d'action à la fois riche et consensuel avait été élaboré et s'apprêtait à être déployé.

Toutefois, une réorganisation opérée par le Directoire en octobre 2009 va considérablement changer la donne. Le capital de la clinique étudiée est en effet entièrement détenu par les médecins qui y exercent. Ceux-ci décident d'un retour en force dans la gouvernance de l'établissement : la clinique est désormais structurée en trois pôles, tous placés sous l'autorité de l'un des membres du Directoire¹⁰⁸. Le comité de direction est alors supprimé et ses membres préparent les uns après les autres leur départ de la clinique.

Cette première étude a fait émerger l'objet de recherche qui nous a intéressée dans la thèse. En effet, le diagnostic a mis en exergue, une certaine tension éprouvée par les personnels qui affirmaient ne plus toujours se sentir en mesure de « *faire du bon travail* », du fait d'une montée des contraintes : les acteurs mettaient alors en avant une pression accrue sur les coûts et sur les délais mais signalaient également l'importance des contraintes événementielles qui pesaient sur eux. Face à ces contraintes, les personnels insistaient sur le travail supplémentaire qu'ils devaient en permanence réaliser, et qui leur donnait dès

¹⁰⁸ Pour une présentation détaillée de cette recherche, voir : Detchessahar *et al.*, 2012 et Grevin, 2011. Ces écrits montrent notamment qu'à l'issue de ce profond bouleversement, un entretien-bilan de l'étude réalisé un an et demi plus tard révèle l'appropriation souterraine par les acteurs, et notamment les responsables de proximité, du plan d'action bâti collectivement. Ce résultat s'explique par le design du dispositif méthodologique qui a favorisé l'apprentissage d'un management par la discussion.

lors le sentiment d'une intensification du travail. Une des problématiques centrale dans ce cadre semblait être celle de la coordination entre les acteurs, à la fois entre le bloc opératoire et les services connexes, mais aussi entre les personnels et les médecins. Les acteurs dénonçaient alors, malgré des conditions matérielles de travail très confortables, l'absence de soutien de la part de l'organisation.

C'est à partir de ce constat que nous sommes retournée sur le terrain de mai 2009 à mai 2011 pour recueillir des données complémentaires, cette fois davantage centrées sur l'étude des modalités de coordination entre les acteurs dans ce contexte de montée des contraintes identifiées au préalable.

1.2. Rôle de la réflexion théorique dans l'élaboration de l'objet de recherche

Bien que la démarche que nous présentons ici se rapproche de l'induction, l'objet de la recherche ayant émergé de notre interaction avec le terrain, ce n'est pas dénué de concepts préalables que nous avons entamé cette étude.

De manière similaire à la démarche adoptée par Becker (2002), la réflexion théorique a d'abord joué un rôle important pour interpréter les données et en tirer du sens. Ainsi, parallèlement à la première phase de collecte des données, nous avons lu un certain nombre d'écrits sur l'hôpital, nous permettant d'en comprendre les principales caractéristiques (les transformations du secteur, l'organisation du travail au sein des établissements de santé, l'importance de la culture professionnelle...).

Les problématiques de coordination semblant émerger de façon massive des données que nous étions en train de collecter, ce constat nous a conduite à examiner les écrits de Mintzberg (1982) sur les mécanismes de coordination. Or, l'auteur présentait ces mécanismes de façon différenciée¹⁰⁹ tandis qu'il nous semblait au contraire, dans le discours des acteurs, qu'une pluralité de modes de coordination coexistait au sein des établissements de santé. Et justement, les problèmes soulevés par les personnels semblaient davantage tenir aux interactions entre ces différents mécanismes (par exemple standardisation et ajustement mutuel). C'est dans cette perspective que nous avons mobilisé les écrits de Girin (1995) : le concept d'agencement organisationnel nous

¹⁰⁹ Pour les mettre en dynamique, Mintzberg (1982) écrit toutefois : « A mesure que le travail d'organisation devient plus difficile, les moyens de coordination employés de façon préférentielle semblent passer successivement (...), de l'ajustement à la supervision directe, puis à la standardisation des procédés, à celle des résultats, à celle des qualifications et enfin retourner à l'ajustement mutuel dans les situations les plus complexes » (p. 23). Mais ce continuum, s'il intègre ces mécanismes dans un même enchaînement, ne les envisage toutefois pas dans leur complémentarité.

permettait en effet d'observer les modes de coordination dans un ensemble cohérent et d'en examiner les contradictions mais aussi les complémentarités. Le concept, appelant à étudier les ressources humaines, matérielles et symboliques de l'organisation, a joué un rôle important dans le choix de la méthodologie, l'élaboration de la grille d'observation puis dans l'analyse des données, nous y reviendrons par la suite. Ainsi, plus qu'une théorie, il a constitué dans notre travail un véritable cadre d'analyse.

Mais la mobilisation de ce concept a surtout été déterminante dans la construction de l'objet de recherche. Portant une conception particulière de l'organisation qui se construit dans l'activité, et situé dès lors à ce niveau d'analyse intermédiaire entre activité et organisation, le concept a fait émerger le double questionnement porté par la thèse : il s'agit de décrire finement l'activité mais ce travail doit permettre un retour critique sur l'organisation en identifiant les ressources organisationnelles centrales et celles qui font défaut aux acteurs dans ces situations de travail. C'est en parallèle de l'analyse des données collectées que ce double « *projet de connaissance* » (Allard-Poesi et Maréchal, 2003, p. 38) de la thèse a émergé. Le concept d'agencement organisationnel est ainsi au cœur de la problématique de la recherche telle qu'elle est présentée dans le chapitre 2.

*

Ainsi, l'objet et le design de la recherche ont émergé progressivement de ce travail à travers un processus fait d'« *allers-retours* » (Allard-Poesi et Maréchal, 2003, p. 36) entre la théorie, les phases de collecte de données et l'analyse de celles-ci. Examinons à présent plus avant le design de la recherche et notamment la méthodologie de recueil des données retenue dans la recherche.

2. LA COLLECTE DES DONNÉES

Nous avons au préalable mis en exergue le caractère itératif de la recherche. Effectivement, l'objet de la recherche a émergé au travers de la collecte des données : des choix empiriques et méthodologiques ont ainsi été réalisés au préalable. Dans cette section, nous allons, dans un premier temps, expliciter ces choix et leur cohérence avec les questions de recherche qui nous animent dans ce travail (2.1). Dans un second temps, nous reviendrons plus avant sur les deux principales stratégies d'accès au réel : l'observation *in situ* (2.2) et l'entretien (2.3). Nous exposerons ici les biais possibles des méthodes et la façon dont nous avons cherché à les éviter sur le terrain.

2.1. Les choix en amont compte-tenu de l'objet de recherche

Nous allons dans cette section revenir sur le choix du terrain et du dispositif méthodologique que nous avons construit dans la thèse en démontrant leur cohérence avec l'objet de notre recherche.

2.1.1. Choix du terrain et négociation de l'entrée

a. Le terrain et la délimitation du périmètre

Le choix de l'établissement a résulté d'une opportunité, celle de poursuivre la recherche sur un terrain déjà « ouvert ». Il n'en apparaît pas moins que la clinique étudiée est particulièrement révélatrice du phénomène que nous avons cherché à observer puisque c'est en son sein et au travers une première phase de collecte des données que l'objet de recherche a émergé. Effectivement, nous avons montré dans le premier chapitre de la thèse notre volonté d'étudier les conséquences de l'industrialisation des soins sur l'organisation interne et plus spécifiquement sur les modes de coordination des activités, notamment en situation perturbée. Il s'agit pour cela d'étudier un établissement de santé concerné par ces problématiques d'industrialisation. Les cliniques privées apparaissent à cet égard un objet d'étude particulièrement intéressant, davantage concernées que les hôpitaux, nous l'avons vu, par les restructurations et réorganisations internes. La clinique que nous avons étudiée constitue en elle-même sinon un cas unique, du moins un cas rare, tant elle semble avancée dans cette démarche de rationalisation économique. Elle est en effet issue d'une fusion de trois établissements privés, une fusion qui devait permettre de réaliser des économies d'échelle. De constitution récente, elle a également engagé en interne d'importants investissements dans le but d'optimiser le flux : informatisation précoce des activités à partir d'un système informatique directement adapté de l'industrie (la clinique sera la première, en France, à réaliser l'adaptation de ce logiciel, avec l'aide d'un consultant) et création d'une cellule spécifique, « *l'ordonnancement* », en charge de ces questions.

Mais une fois l'établissement défini, le périmètre de l'étude doit être précisé : « *Il s'agit de voir comment le phénomène qui fait l'objet de la question de recherche prend forme concrètement dans l'organisation. De manière plus précise, le chercheur doit tenter de découvrir à l'intérieur même de l'organisation sélectionnée, les lieux, les moments et les acteurs interpellés par l'étude du phénomène au cœur de la question de recherche* » (Groleau, 2003, p. 222).

Le choix du bloc opératoire s'est ici imposé. D'abord parce que c'était une des unités retenue dans le cadre de la première étude, celle qui avait permis de découvrir la problématique à laquelle nous nous sommes par la suite intéressée. Mais surtout parce que le bloc opératoire est particulièrement révélateur de cet objet d'étude. En effet, le bloc opératoire est le cœur opérationnel des établissements de santé. L'activité chirurgicale est très importante au sein des cliniques : les interventions chirurgicales représentent dans la clinique investiguée 80% de l'activité (33 500 actes opératoires réalisés par an, soit 200 interventions par jour). A ce titre, le bloc opératoire structure entièrement l'activité des autres unités et impose ses propres temporalités : ainsi, tandis qu'une aide-soignante (AS) affirmait en entretien que « *le bloc, c'est là que tout se passe, c'est le noyau, de là que tout part* », la responsable du service orthopédie employait l'expression « *bloc-dépendant* » pour qualifier les relations de son service avec le bloc opératoire. Effectivement, le bloc opératoire est le motif principal de l'hospitalisation, les autres services ne constituant qu'un « *adjuvant* » à celui-ci (Tonneau et Lucas, 2006). Dès lors, il est un facteur de recettes et de coûts important, qu'il faut optimiser dans le cadre d'un financement à l'activité¹¹⁰ (*id.*). En outre, la question de la coordination revêt un enjeu particulièrement important au sein du bloc opératoire. Comme Tonneau et Lucas (2006) le soulignent, « *l'efficacité d'un bloc opératoire repose en grande partie sur la capacité des nombreux acteurs impliqués dans la prise en charge (unités de soins, brancardage, praticiens, cadre de bloc, personnel de bloc, pharmacie, stérilisation) à se transmettre des informations fiables* » (p. 52). Enfin, de nombreux événements s'y déroulent, propres à l'activité réalisée en son sein. Situé au milieu de la chaîne, le bloc opératoire est notamment un lieu propice à l'observation des goulots d'étranglement. Toutefois, la clinique étudiée possédant cinq blocs opératoires, il nous appartenait de réduire encore le périmètre de l'étude. La première recherche que nous avons menée nous avait conduit à nous intéresser à l'un des plus importants blocs opératoires de l'établissement (en taille) : le bloc orthopédie. Nous avons fait le choix d'étudier en parallèle un autre bloc présentant de nettes différences avec le premier, tant au niveau de la taille (un bloc plus exigu) que de l'activité qui s'y pratique (médecine interventionnelle davantage que chirurgie, interventions plus courtes mais plus aléatoires) : le bloc cardiologie.

La délimitation du périmètre de l'étude concernait aussi les acteurs auxquels nous souhaitions plus particulièrement nous intéresser. Nous n'avions pas initialement fait le choix d'un poste ou d'une catégorie professionnelle particulière. Il apparaissait en

¹¹⁰ Il est notamment le lieu de référence pour la production des points ISA dans les établissements de santé (Chaabane *et al.*, 2003, p. 905).

revanche qu'une entrée par « *l'activité* » (et notamment la volonté d'analyser les arrangements informels opérés par les acteurs) devait nous conduire à étudier le travail des personnels du bloc opératoire (infirmières et agents de service hospitaliers, les aides-soignants ne travaillant qu'en salle de réveil). A l'issue d'une première phase d'entretiens, il nous a paru plus pertinent de nous intéresser aux infirmières qu'aux agents de service hospitaliers, au regard de l'important travail d'organisation que semblait prendre en charge cette catégorie d'acteurs. Un poste en particulier est ressorti d'une première analyse des données collectées, celui de l'infirmière-coordinatrice. L'identification de cet acteur clé dans le phénomène que nous souhaitions observer a véritablement émergé de l'interaction avec le terrain ; ce constat nous a conduite à particulièrement étudier cet acteur lors de nos observations, nous y reviendrons par la suite. Toutefois, l'attention que nous souhaitions prêter à l'organisation devait aussi nous amener à appréhender le rôle du responsable de proximité dans l'activité, notamment en périodes de perturbation.

Nous n'avons pas en revanche arrêté de moments particuliers, plus propices à l'observation du phénomène qui nous intéresse : l'événement est en effet inhérent à l'activité pratiquée au bloc opératoire. Nous avons simplement veillé à ne pas pratiquer de séquences d'observation durant les périodes de vacances scolaires où l'activité est ralentie et la question de l'optimisation du flux se pose dès lors avec une moindre acuité.

b. La négociation de l'entrée

L'entrée au bloc opératoire, espace hermétique dont on n'ouvre pas si facilement les portes à un observateur extérieur, a donc résulté d'une véritable opportunité. Un grand nombre d'entretiens a en effet été réalisé auprès des membres du bloc opératoire dans le cadre d'une première étude commanditée par la direction : le bloc opératoire était une des unités retenue dans le périmètre de cette étude, au même titre qu'un service de soins. L'équipe de recherche dans laquelle nous étions insérée a été divisée en deux et nous avons pour notre part rencontré les personnels du bloc opératoire. En outre, à l'époque où nous avons négocié les premières phases d'observation, en mai 2009, à l'issue d'une première période d'entretien, nous connaissions l'ensemble des membres du comité de direction, y compris la responsable des soins et du plateau technique. La négociation fut donc plus aisée, d'autant que la direction tendait à rattacher les séquences d'observation à la première étude, bien que nous nous soyons cette fois concentrée sur l'objet de recherche qui avait émergé des entretiens.

L'analyse des premières données collectées terminée, le retour sur le terrain pour une deuxième phase d'observation fut plus délicat : les profonds bouleversements que nous

avons décrits au préalable changeaient en effet la donne. Les membres du comité de direction avaient quitté la clinique, les médecins repris en main la gouvernance... Le nouveau responsable du plateau technique ne nous était toutefois pas inconnu : ancien adjoint de la responsable des soins et du plateau technique, nous avons participé lors de la première étude à l'installer à ce poste en lui rendant les marges de manœuvre qui lui faisaient défaut face à un responsable omnipotent. Nous avons pris contact avec lui (ainsi qu'avec la nouvelle DRH) et l'avons rencontré en octobre 2010.

La réunion de cadrage fut l'occasion de présenter de façon plus précise la recherche que nous nous proposons de poursuivre au bloc opératoire (voir annexe n°3) : nous avons ici indiqué l'attention que nous souhaitons porter à l'organisation dans le contexte de rationalisation économique actuel ainsi qu'aux questions de coordination, au cœur des impératifs d'optimisation du bloc opératoire. Un calendrier et le dispositif d'observation furent également arrêtés au cours de l'entretien de cadrage. Le responsable suggéra notamment la possibilité de faire intervenir d'autres acteurs dans la recherche, à l'instar de la cellule ordonnancement. Le responsable n'a pas explicitement formulé d'attente à l'égard de la recherche : nous n'avons ainsi pas contractualisé de retour sur nos travaux. Mais le terrain ne nous a pas été ouvert par hasard : à plusieurs reprises au cours de la réunion, le responsable nous a exprimé son intérêt pour la recherche proposée (sur les questions d'optimisation des flux et d'organisation du bloc, centrales à son niveau mais pour autant très problématiques). Plusieurs réunions de travail avec celui-ci devaient ainsi être organisées, une fois les données collectées. Nous n'avons toutefois pas eu la possibilité de concrétiser cette opportunité, le responsable démissionnant de ses fonctions quelques semaines seulement après cette réunion de cadrage. La démission de celui-ci ne remettra pas pour autant en cause notre présence au sein du bloc opératoire, le calendrier ayant été arrêté au préalable. Notons toutefois que les attentes implicites portées par l'établissement à l'égard de l'étude diffèrent pour partie de la question de recherche qui a émergé de nos données : outre l'attention que nous avons portée à l'organisation, la recherche s'est intéressée à l'activité réelle, aux ajustements opérés par les acteurs confrontés à un événement et à tout le travail d'articulation qu'ils déploient dans ce cadre. Nous l'avons montré dans les chapitres 1 et 2, c'est à partir d'une analyse fine de l'activité que nous sommes remontée vers l'organisation et l'avons interrogée en retour.

Il nous paraît par ailleurs important de revenir sur tout le travail réalisé en parallèle avec le responsable du service ordonnancement : nos observations avaient effectivement révélé le rôle central joué par cette unité sur notre objet de recherche. Un premier entretien fut là aussi l'occasion de préciser le dispositif d'enquête que nous allions mettre en place (en

tout, trois entretiens ont été réalisés avec le responsable ainsi que 9h d'observation). L'intérêt porté à la recherche nous semblait différer de celui du responsable du plateau technique. Le responsable ordonnancement cherchait davantage à mettre en avant le caractère innovant de la démarche qu'il avait entrepris depuis quelques années (la cellule ordonnancement a notamment été en charge de tout le projet d'informatisation de la clinique, un projet d'ampleur importante, toujours en cours aujourd'hui) en présentant la clinique comme un cas unique. Lors de notre première étude sur le climat social, il était en effet en grande souffrance face à ce qu'il ressentait comme une négation à la fois de son travail et de sa position dans l'établissement : il avait été exclu du comité de direction et ne parvenait plus à trouver sa place dans l'organigramme. La recherche était pour lui l'occasion de faire reconnaître le travail accompli mais aussi l'importance de son service, celui-ci ayant le sentiment de devoir en permanence prouver sa valeur dans l'organisation.

2.1.2. Choix méthodologiques : l'étude de cas enchâssée et l'observation *in situ*

a. Une étude de cas enchâssée

La méthodologie retenue dans la thèse s'apparente à celle de l'étude de cas. Celle-ci est définie par Yin (1994) de la façon suivante : « *L'étude de cas est une recherche empirique qui étudie un phénomène contemporain dans un contexte réel, en particulier lorsque les frontières entre le phénomène et le contexte n'apparaissent pas clairement* » (p. 13). Effectivement, la présente recherche s'intéresse à la question de la coordination des activités, une question particulièrement importante aujourd'hui pour les établissements de santé qui, dans le contexte actuel d'industrialisation des soins, sont incités à l'optimisation et à la rationalisation du flux. Ainsi, la frontière entre l'objet et le contexte de la recherche n'est pas clairement délimitée : c'est notamment du fait de ce contexte particulier que l'examen d'un tel objet de recherche prend son sens aujourd'hui. C'est ce que nous nous sommes attachée à démontrer dans le premier chapitre de la thèse.

L'étude de cas doit permettre d'observer l'unicité d'un phénomène et d'en préserver les particularités (Giroux, 2003), elle s'intéresse à une situation empirique singulière (David, 2003). C'est dans cette perspective que nous avons choisi d'étudier un « *cas unique* » ("*single-case designs*") et non une « *multiplicité de cas* » ("*multiple-case designs*"), selon la typologie proposée par Yin (1994, p. 39) (tableau n°5). En effet, compte-tenu de la spécificité du cas étudié, il nous apparaissait difficile d'effectuer la comparaison avec un autre établissement : comme Giroux (2003) l'indique, comparer différents cas entre eux suppose que ceux-ci présentent des similitudes et non seulement des différences. Or, l'organisation étudiée est une clinique privée, elle peut à ce titre difficilement être

comparée à un hôpital. Par ailleurs, les médecins de l'établissement en sont aussi ses actionnaires¹¹¹ et l'organisation est extrêmement avancée en matière de rationalisation du processus de prise en charge des patients, nous l'avons précisé au préalable. Dès lors, le cas s'apparente à un « *cas exemplaire* » (David, 2003 ; Giroux, 2003) voire « *révélateur* » (Yin, 1994, p. 40) puisqu'on recense aujourd'hui encore peu de recherches sur ces questions au bloc opératoire (l'accès au terrain étant souvent délicat en raison de l'activité qui s'y déroule) : la place de la découverte est donc importante dans l'étude proposée (David, 2003).

Du fait de notre objet d'étude, nous avons ainsi privilégié un niveau d'analyse très micro des situations de travail. Or, il nous est rapidement apparu que les blocs opératoires de la clinique ne s'organisaient pas tous de la même façon : la recherche devait pourtant, en partant d'un niveau d'analyse très fin, nous permettre de remonter vers l'organisation. Il nous a ainsi semblé nécessaire d'étudier les variations observées entre deux blocs présentant de nettes différences, sans toutefois chercher à les comparer en restant à ce niveau local d'analyse, mais de façon à pouvoir ensuite remonter en généralisation vers l'organisation du travail¹¹². Le design de la recherche le plus adapté à notre objet d'étude semblait être alors celui de l'étude de cas enchâssée (type 2) proposée par Yin dans sa typologie que nous rappelons ci-dessous :

Tableau n° 5 - Les différents types d'études de cas selon Yin (1994)		
	Cas unique	Multiplicité de cas
Approche globale	Type 1	Type 3
Approche enchâssée	Type 2	Type 4

Source : d'après Yin (1994, p. 39)

b. Le choix de l'observation in situ

L'objet de recherche devait nous conduire à étudier les aspects tant formels qu'informels du cas sur lequel nous portons notre attention. Or, dans toute organisation, l'accès à l'informel

¹¹¹ Ce qui en fait une organisation singulière et impacte fortement le fonctionnement de l'établissement : à un niveau général, les médecins sont plus enclins à moderniser l'outil de travail puisqu'ils l'utilisent ; en outre, on les retrouve aux côtés des équipes, dans l'activité. La présence de ces « *patrons* » au bloc opératoire, au quotidien, n'est pas sans incidence sur le fonctionnement de celui-ci, nous aurons l'occasion d'y revenir.

¹¹² Au regard de notre objet d'étude, le design de la recherche répond donc d'emblée à l'une des critiques adressée à l'étude de cas enchâssée, celle de rester à un niveau local de l'analyse et ainsi de ne pas parvenir à remonter vers un niveau d'analyse plus large du cas (Yin, 1994).

est délicat (Bréchet, 2000). Il l'est d'autant plus dans l'univers hospitalier dans lequel nous nous sommes introduits où l'accent est fréquemment mis sur la culture professionnelle portée par les acteurs, culture dont il a fallu tenir compte dans nos investigations de terrain. Nous nous sommes dès lors interrogée sur la démarche à adopter pour nous saisir au mieux de ces aspects formels et informels.

De notre point de vue, l'adoption d'une méthodologie quantitative ne pouvait convenir puisque nous souhaitions nous focaliser non sur un objet mais davantage sur un processus, comme le suggère Genelot (2001) : notre objet de recherche, la coordination entre les personnels du bloc opératoire, renvoie à la notion de processus, donc de dynamique d'action et d'interaction entre acteurs et services qu'il fallait appréhender. Une méthodologie qualitative semblait à ce titre plus adaptée.

Plus précisément, nous souhaitions dans cette recherche entrer par l'activité et nous intéresser au « *travail d'articulation* » (Strauss, 1992a) réalisé par les personnels, particulièrement face à un événement. Deux dimensions ressortent de cette proposition. D'une part, il nous fallait adopter une méthodologie qui « *redonne à l'homme une place d'acteur de la réalité* » (Wacheux, 1996, p. 212) et qui puisse notamment se saisir des « *pratiques non officielles* » (Arborio et Fournier, 2008, p. 20). C'est particulièrement le cas de l'observation *in situ*, ces différents auteurs l'ont très bien montré. L'observation offre ainsi la possibilité au chercheur de « *se mettre au niveau de l'acteur pour obtenir des réponses à ses questions* » (Wacheux, 1996, p. 210). D'autre part, il s'agissait de choisir une méthodologie adaptée à l'étude des événements. Or, Journée (2008 ; 2005) montre les biais engendrés par la reconstitution *a posteriori* d'un processus de régulation d'un événement : le risque est alors d'« *établir après coup des liens de causalité évidents entre des faits qui en étaient dépourvus (aux yeux des acteurs concernés) au moment où l'action se déroulait* » (2008, p. 144). L'observation *in situ* est ainsi selon l'auteur une méthodologie qui se prête davantage et de façon plus pertinente à l'étude d'un tel phénomène. Toutefois, le choix de l'observation peut présenter un risque pour le chercheur dans ce cadre et à l'inverse de la reconstitution *a posteriori* : celui de ne pas observer d'événements. Mais les établissements de santé semblent constituer, de ce point de vue, des cas particulièrement propices à un tel objet d'étude. En effet, « *l'intensité de l'activité dans un service d'hôpital fait qu'une grande variété d'événements se déroulent en une seule journée* » (Arborio et Fournier, 2008, p.31-32). Nous avons ici fait le choix de l'observation non participante, celle que Wacheux (1996) qualifie de « *passive* » (p. 209). Cette posture, si elle présente moins de biais que lorsque le chercheur participe pleinement à la situation observée, a toutefois ses inconvénients : l'immersion de

l'observateur sur le terrain est limitée. L'observation est dès lors rendue plus délicate : certaines choses échappent au regard du chercheur et il ne dispose pas toujours des connaissances nécessaires à la bonne compréhension d'un fait. Pour pallier ce problème, l'observation a été complétée par des entretiens en situation, nous le verrons.

c. La triangulation des données : se saisir du « non visible »

L'étude réalisée a révélé l'importance de la triangulation des données, particulièrement du fait des questions de recherche qui nous animaient sur le terrain. Il s'agissait en effet, nous l'avons montré dans les chapitres 1 et 2, de décrire l'activité réellement prise en charge par les acteurs d'un bloc opératoire notamment lorsqu'ils font face à des événements. Or, cette analyse fine des situations de travail devait nous permettre d'interroger l'organisation en retour en identifiant ce que nous avons appelé des paradoxes ou des contradictions au sein de l'agencement : des manques ou des « *empêchements* » (Clot, 2001 ; 2010). Outre la possibilité de limiter les biais (confronter les différentes sources de données pour vérifier la cohérence de celles-ci) (Demers, 2003 ; Wacheux, 1996) et, ce faisant, d'augmenter la validité de l'analyse (Yin, 1994), la triangulation des données va dès lors permettre de se saisir du « *non visible* » au sein de chacun des dispositifs d'enquête mis en place.

En effet, si l'observation permet d'appréhender « *ce qui se passe ici et maintenant* » (Journé, 2008, p. 141), l'action présente est entièrement liée au passé et au futur. Journée suggère alors de réintroduire de l'épaisseur temporelle à l'étude par des entretiens et des analyses documentaires. Dans notre cas, il va également s'agir d'identifier ce qui fait défaut aux acteurs dans l'activité. Par exemple, nous n'avons pas eu l'occasion d'observer au bloc opératoire des périodes de retour d'expérience, un élément pourtant essentiel dans l'étude que nous avons menée, centrée sur la régulation des événements. Ce sont les entretiens qui ont permis de révéler cette absence dont nous n'avions pas, dans un premier temps, pris conscience sur le terrain. En outre, l'entretien va permettre d'accéder au sens, à la signification octroyée par les acteurs à leurs actions, des éléments « *invisibles* » à l'observation et qui appellent ainsi à verbalisation. Nous renvoyons ici au cadre théorique de la thèse (chapitre 2) : l'unité d'analyse retenue, la situation de gestion (Girin, 1990a ; 1983a), articule des composantes à la fois objectives et subjectives (Journé et Raulet-Croset, 2004). Cette composante subjective appelle à se saisir du point de vue des acteurs et implique ainsi de compléter le dispositif d'observation par la réalisation d'entretiens. Toutefois, les entretiens ne permettent pas au chercheur de maîtriser toute la complexité du travail de l'acteur. D'une part, puisque, comme le rappelle Journée (2008), « *tout ne peut pas être mis en mots* » (p. 151). L'observation permettra ainsi d'accéder à des éléments tacites que l'acteur n'a pu verbaliser dans l'entretien. D'autre

part, les acteurs éprouvent une grande difficulté à relater les événements routiniers qu'ils expérimentent au quotidien et qui ne leur semblent dès lors pas suffisamment importants pour être mentionnés (Groleau, 2003). L'observation *in situ* devait ainsi nous permettre de nous saisir des modes de fonctionnement routiniers du bloc opératoire.

L'examen de ces questions de recherche appelle donc à mobiliser conjointement différentes méthodes de recueil des données, de l'observation à l'entretien semi-directif. Le dispositif d'enquête a, en outre, été complété par l'analyse de documents collectés au cours des observations (fiches de liaisons interservices, programme opératoire, *etc.*) ou auprès des responsables de service (DRH et responsable ordonnancement : organigramme de l'établissement, fiches de poste des acteurs, *etc.*). L'étude de ces outils de gestion a été précieuse pour comprendre et documenter l'organisation formelle du travail au bloc opératoire. Nous avons ainsi pu éprouver, au regard de cette instrumentation, le véritable tournant gestionnaire de la clinique étudiée. Enfin, désireux de porter une attention particulière aux agencements architecturaux et aux dispositifs techniques, nous avons négocié auprès du responsable du plateau technique la possibilité de prendre des photographies des lieux et des outils informatiques et papiers mobilisés par les personnels. Ces photographies sont présentées dans la restitution des résultats de terrain (chapitre 4-5-6).

2.2. L'observation

L'observation *in situ* est donc la source de données principale de la thèse. Toutefois, si cette méthodologie de recherche permet de recueillir des données d'une grande richesse, il faut en user non sans certaines précautions. En effet, la méthode, comme toute autre, possède ses écueils. Dans cette perspective, Journée (2008) montre que les biais principalement pointés concernent les relations entre l'observateur et l'observé. L'observateur est « *l'outil même de la collecte de données* » (Journée, 2008, p. 142), il est « *l'instrument de sa recherche* » (Wacheux, 1996, p. 212). A ce titre, le caractère non objectif du chercheur est fréquemment mis en avant. Le risque est alors de substituer sa propre interprétation du phénomène à celle des acteurs observés (Journée, 2008). Afin de limiter ce biais, il est nécessaire d'objectiver le mode de recueil des données. C'est dans cette perspective que nous avons élaboré une grille d'observation, nous le verrons. Par ailleurs, est parfois dénoncé l'impact de la présence de l'observateur sur la réalité observée : il existe un « *risque de perturbation de la situation par la présence de l'enquêteur* » (Arborio et Fournier, 2008, p. 27). Il s'agit alors pour l'observateur de limiter la méfiance des acteurs observés en tissant des relations de confiance avec ces derniers. Nous montrerons dans cette section la façon dont nous avons tenté de limiter ces

biais, tout au long de nos observations à la fois dans la phase amont de préparation, lors de l'entrée et de la sortie du terrain, mais surtout dans le recueil des données.

2.2.1. Préparer l'observation : la grille d'observation

L'implication subjective du chercheur, qui réinterprète potentiellement les faits observés, est un biais de l'observation *in situ* fréquemment mis en évidence. L'usage d'une telle méthode implique alors d'objectiver le mode de recueil des données afin de donner une valeur scientifique à l'observation (Journé, 2005). C'est dans cette perspective qu'en amont du travail de collecte des données nous avons construit une grille d'observation, une fois le périmètre de la recherche définie (voir annexe n°4 - point 1). La grille d'observation, en effet, « *précise ce qui doit être observé systématiquement, comment, et éventuellement dans quel ordre* » (Journé, 2008, p. 159). Pour l'établir, nous nous sommes appuyée sur la littérature et plus précisément sur la démarche adoptée par des chercheurs s'intéressant à des objets d'étude proches du nôtre. Désireux d'étudier l'« *activité* », nous avons ainsi consulté les actes de la SELF, et en particulier ceux qui portent sur la communication (2000¹¹³) et sur l'analyse du travail (2003¹¹⁴). Par ailleurs, le concept d'agencement organisationnel, proposé par Girin (1995) et décrit dans le chapitre 2, a joué un rôle essentiel dans la structuration de la grille d'observation. Il appelle en effet, nous l'avons montré, à prêter attention aux ressources matérielles et symboliques en sus des ressources humaines.

Compte-tenu de notre objet de recherche (la coordination), la grille d'observation est construite autour de l'étude des interactions entre les acteurs. L'interaction constitue ainsi l'unité d'analyse de l'activité initialement retenue, le concept de situation de gestion n'étant apparu qu'*a posteriori*, lors du traitement des données, nous y reviendrons par la suite. Il s'agit, avec cette grille d'observation, de relever des éléments aussi bien objectifs (but de l'interaction, objets abordés, activités parallèles, résultat...) que subjectifs (atmosphère par exemple). Dans cette perspective, la grille d'analyse attire l'attention sur les échanges entre les acteurs (oraux, écrits, gestuels) et s'attache à les caractériser de façon précise : syntaxe, existence d'un référentiel partagé mobilisé dans l'échange, savoir sous-jacent nécessaire mais aussi temps employé. La lecture de certains écrits sur le milieu hospitalier (et notamment Grosjean et Lacoste, 1999) a mis l'accent sur un type

¹¹³ Actes du 35^{ème} congrès de la SELF (2000), « Communication et travail », Toulouse

¹¹⁴ Actes du 38^{ème} congrès de la SELF (2003), Actes du 38^{ème} Congrès de la SELF, "Modèles et pratiques de l'analyse du travail. 1988-2003, 15 ans d'évolution", Paris,

d'interaction particulier qui doit être tout particulièrement examiné lorsqu'on s'intéresse à notre objet d'étude : la période de relève. Une grille d'analyse particulière lui est ainsi consacrée (voir annexe n°4 - point 2).

Par ailleurs, le concept d'événement est au cœur de la grille d'observation principale ainsi constituée. Chaque interaction est alors qualifiée de « *normale* » ou de « *perturbée* ». Une grille établie en parallèle pour chaque jour d'observation doit fournir des informations chiffrées sur l'ampleur et l'impact des perturbations par rapport à l'activité telle qu'elle a été programmée (nombre de patients ajoutés, retard pris dans la journée, écarts en matière d'effectifs, *etc.*) (voir annexe n°4 - point 3)). La grille participe dès lors fortement de la structuration de nos observations en définissant l'événement au bloc opératoire comme tout fait venant perturber le programme opératoire (ou éventuellement la règle : protocole, charte de bloc). La grille d'observation a en effet été construite à l'issue d'une première période d'entretiens au cours desquels cette définition de l'événement par les personnels a émergé des données : lorsque les acteurs faisaient référence à des perturbations, était habituellement mentionné ce que nous nommerons par la suite le « *référentiel de normalité* » (le programme opératoire principalement, mais aussi le protocole et la charte de bloc). Toutefois, la grille ainsi construite ne se focalise pas uniquement sur les périodes de perturbations au bloc opératoire : les interactions en situation normale sont également décrites. Ainsi, la grille d'analyse doit permettre de produire des données sur le fonctionnement routinier de l'organisation (Journé, 2005). Le risque de l'observation *in situ* est en effet de se concentrer sur les surprises, les étonnements et d'en délaissier par là des faits essentiels à l'explication du phénomène étudié mais qui ont dans un premier temps paru secondaires ou négligeables aux yeux du chercheur (d'autant que ce qui surprend un observateur extérieur n'est pas nécessairement quelque chose d'étonnant pour un acteur familier de l'activité du bloc opératoire). Or, il apparaît dans notre étude particulièrement important d'observer la façon dont les acteurs se coordonnent de façon routinière pour pouvoir ensuite comparer les modes de coordination et les ressources mobilisées en situations normales et perturbées.

En outre, avec le concept d'agencement organisationnel (Girin, 1995), l'attention est portée aussi bien aux acteurs (statut des participants, expérience, disposition dans l'espace au moment de l'interaction), aux lieux (dispositifs architecturaux favorisant l'interaction par exemple), aux outils mais également aux règles. La grille met également l'accent sur la question du temps (durée de l'interaction, moment de la journée, *etc.*). Compte-tenu des écrits sur l'hôpital que nous avons lus au moment de l'élaboration de la

grille, nous souhaitions également prêter une attention particulière aux ajustements informels opérés par les acteurs. Nous avons par exemple cherché à préciser de façon systématique si l'outil mobilisé lors de l'interaction avait été adapté par l'acteur qui en faisait usage.

Enfin, dans le but de limiter la réinterprétation des faits par le chercheur, un des items de la grille s'intéresse au ressenti des acteurs à l'issue de l'interaction observée. La grille appelle ainsi à compléter le dispositif d'observation par un entretien en situation, nous y reviendrons par la suite.

Mais la conception de la grille d'observation ne portait pas uniquement sur la nature des données à recueillir. Il s'agissait de construire un dispositif d'observation complet en examinant également la façon dont nous allions collecter ces informations. Nous nous sommes, sur cette question, largement appuyée sur les écrits de Journé (1999 ; 2005) sur l'étude du management de l'imprévu. Le périmètre d'observation retenu est alors à la fois fixe et variable. Le dispositif d'observation prévoyait ainsi, dans un premier temps, de se positionner dans un lieu précis et d'y étudier sur une période donnée toutes les interactions visibles depuis ce point d'observation. A la suite d'une première phase d'entretien, deux « *périmètres d'observation fixes* » (Journé, 2005) avaient été retenus au sein des blocs : le couloir du bloc opératoire, dans le but de saisir le fonctionnement global de celui-ci mais aussi d'étudier la structure temporelle des trajectoires de malades (Strauss, 1992a) que l'on voit entrer et sortir des salles d'observation depuis ce point donné ; un espace particulier appelé la « *salle d'orientation* » (bloc orthopédie) ou « *salle de commande* » (bloc cardiologie), afin d'appréhender le rôle de ce lieu et des dispositifs techniques qu'il abrite dans la coordination des personnels et la régulation des événements. Sur une période plus courte, il s'agissait par ailleurs d'observer le travail de relève pour lequel une grille d'observation spécifique, nous l'avons vu, avait été construite. Nous avons par ailleurs envisagé d'adopter ce que Journé (2005) nomme un « *périmètre d'observation variable* ». Il consistait dans notre système d'observation initial en du suivi d'acteurs tout autant que du suivi d'événements. Cette stratégie d'observation devait nous permettre d'étudier des phases d'activité non perturbées afin, nous l'avons montré, de produire des données sur le fonctionnement routinier de l'organisation. Il s'agissait alors de suivre un même acteur tout au long de sa journée de travail, de la prise de poste à la passation de l'activité. Le type de fonction observé restait à préciser. Toutefois, nous avons déjà, à ce stade, choisi d'observer l'infirmière-coordinatrice et le responsable de proximité. Mais d'autres possibilités nous semblaient envisageables : suivi d'un brancardier, d'un agent de service, observation d'autres services, et notamment le

service ordonnancement (suite à la réunion de cadrage avec le responsable du plateau technique). Cette stratégie d'observation devait toutefois nous permettre de mettre en place un dispositif d'observation différent, découlant du premier et devant nous permettre d'étudier des phases d'activité perturbées. Il s'agissait ainsi de suivre les événements lorsqu'ils se présentaient (et non plus les acteurs) : nous envisagions dès lors de passer d'acteurs en acteurs, mais également potentiellement de changer de lieux, selon la façon dont l'événement serait pris en charge. L'objectif était ici de comprendre la façon dont une perturbation était régulée. Le dispositif d'observation prévoyait de se focaliser sur l'étude des communications et des outils de gestion. Les notes prises devaient nous permettre de reconstituer le chemin menant à la prise de décision.

2.2.2. L'entrée sur le terrain : présentation de soi

La grille d'observation définie, nous entrons au bloc opératoire quelques semaines plus tard. Or, les premiers pas au sein des deux blocs étudiés étaient primordiaux puisque, nous en avons bien conscience, la façon de se présenter et d'introduire la recherche serait déterminante de l'acceptation par les personnels de notre présence. C'est un fait, largement décrit dans la littérature s'intéressant à l'observation (voir par exemple : Arborio et Fournier, 2008) que nous avons effectivement pu mettre à l'épreuve, l'entrée dans chacun des deux blocs ne s'étant pas opérée de la même manière. Au sein du premier bloc étudié, le bloc cardiologie, les personnels avaient au préalable été informés de notre venue. Nous avons ainsi eu l'occasion de voir en quels termes notre recherche leur avait été présentée. Nous avons en effet eu accès au planning du personnel des premiers jours de nos observations au sein de ce bloc, un planning affiché dans le bureau du responsable et sur lequel était indiqué notre identité et la nature de l'étude que nous allions mener : « *observation sur organisation et coordination au bloc opératoire* ». Dans ce bloc, le responsable nous a accueillie dès notre entrée et nous a présentée aux différents membres de son équipe, ainsi qu'aux médecins : les personnels étant dispersés dans les trois salles d'intervention, nous avons d'emblée eu la possibilité de faire un tour d'horizon rapide de l'espace que nous allions étudier. Dans l'autre bloc, de taille bien plus importante, les personnels n'avaient visiblement pas été prévenus de notre arrivée. Le responsable qui nous a accueillie, nous a laissée nous changer dans les vestiaires, et s'est directement rendu à son bureau pour reprendre son travail. Il était au téléphone lors de notre entrée dans le bloc. Nous nous sommes dès lors présentée seule aux personnels que nous avons croisés. Or, nous avons ici fait face à une grande difficulté, tenant à la nature de l'activité observée : les personnels portaient des masques ; ils étaient en outre très nombreux. Nous ne parvenions dès lors pas à distinguer les personnels auprès de qui nous nous étions déjà

présentée de ceux qui ne savaient pas encore qui nous étions et n'avons ainsi pas pu expliquer l'objet de notre étude auprès de l'ensemble des acteurs du bloc opératoire. Nous avons pu en mesurer les conséquences sur les premiers jours d'observation : les personnels nous semblaient plus méfiants que dans le premier bloc opératoire étudié, moins enclin à répondre à nos questions. Le lendemain de notre arrivée encore, certains personnels nous demandaient qui l'on était et la raison de notre présence parmi eux. La relation de confiance a ainsi mis davantage de temps à s'établir ici : la phase de présentation de soi est bel et bien primordiale à la qualité des observations menées par la suite.

La présentation de soi se déclinait en trois temps. Nous veillions en premier lieu à préciser qui l'on était, en mettant immédiatement l'accent sur notre statut, à la fois d'étudiante, d'autre part, travaillant à l'Université. Il s'agissait de nous placer dans une posture d'apprentissage et non d'expert : ainsi, nous précisions d'emblée le domaine dans lequel la thèse s'inscrit, les Sciences de gestion, et insistions par là sur notre ignorance de ce qu'ils faisaient. Les personnels avaient dès lors tendance à nous rattacher à la figure du « stagiaire » qu'ils connaissent bien puisqu'ils en accueillent à de nombreuses reprises dans l'année, et cette posture les rassurait. Le rattachement institutionnel à l'Université (monde extérieur au monde de la santé) sous-tendait une véritable autonomie par rapport à la direction, une autonomie que nous avons par la suite, au cours de nos observations, largement rappelée et mise en évidence, dans l'optique de gagner la confiance des personnels, nous le verrons. En second lieu, il s'agissait de présenter l'objet de recherche, les « *objectifs de connaissance* » (Arborio et Fournier, 2008, p. 34), afin de rassurer les personnels sur notre présence, sans toutefois les influencer (il ne s'agissait pas d'entraîner chez eux un changement de comportement au regard de ce que l'on observe). Notre arrivée pouvait en effet susciter sinon une certaine méfiance, du moins quelques interrogations puisque les personnels nous avaient rencontrée, rappelons-le, lors d'une première étude sur des problématiques de climat social, une étude commanditée par la direction de la clinique. Les personnels avaient ainsi au départ des difficultés à positionner la recherche de ce point de vue et nous avons dû, à plusieurs reprises, réexpliquer l'objet de notre présence parmi eux. C'est donc en des termes bien différents de l'étude sur le climat social, mais tout en restant suffisamment vague pour ne pas influencer le personnel observé que nous avons présenté la recherche. Nous avons ainsi employé des mots similaires à ceux affichés au sein du premier bloc : étude sur les modes de coordination et sur la gestion des aléas. Ces mots avaient par ailleurs l'avantage d'être neutre : ils ne renvoyaient pas aux acteurs l'idée d'un jugement ou d'une évaluation de leur comportement individuel ; ils évoquaient davantage l'activité collective et l'organisation

du travail. Enfin, nous avons veillé à expliciter la « *forme d'investigation* » (Arborio et Fournier, 2008, p. 34), la méthode de recueil des données retenue. Nous avons ici précisé en quelques mots le dispositif d'observation que nous avons bâti (en indiquant que nous serions amenée à suivre des acteurs) et avons notamment insisté sur les questions que nous poserions nécessairement en expliquant qu'il s'agirait par là de comprendre leur travail. Ces précisions devaient permettre de rassurer les acteurs, en participant de la transparence du processus : ils avaient dès lors une idée plus précise de ce que nous allions prendre en note tout au long de nos observations.

La présentation de notre étude réalisée, nous avons entamé les premières heures d'observation. L'objectif était peu ambitieux. Il s'agissait dans un premier temps de poursuivre l'acceptation au sein de l'équipe, de comprendre les bases du travail et de l'organisation, mais aussi de se familiariser aux termes techniques (nombreux au bloc opératoire).

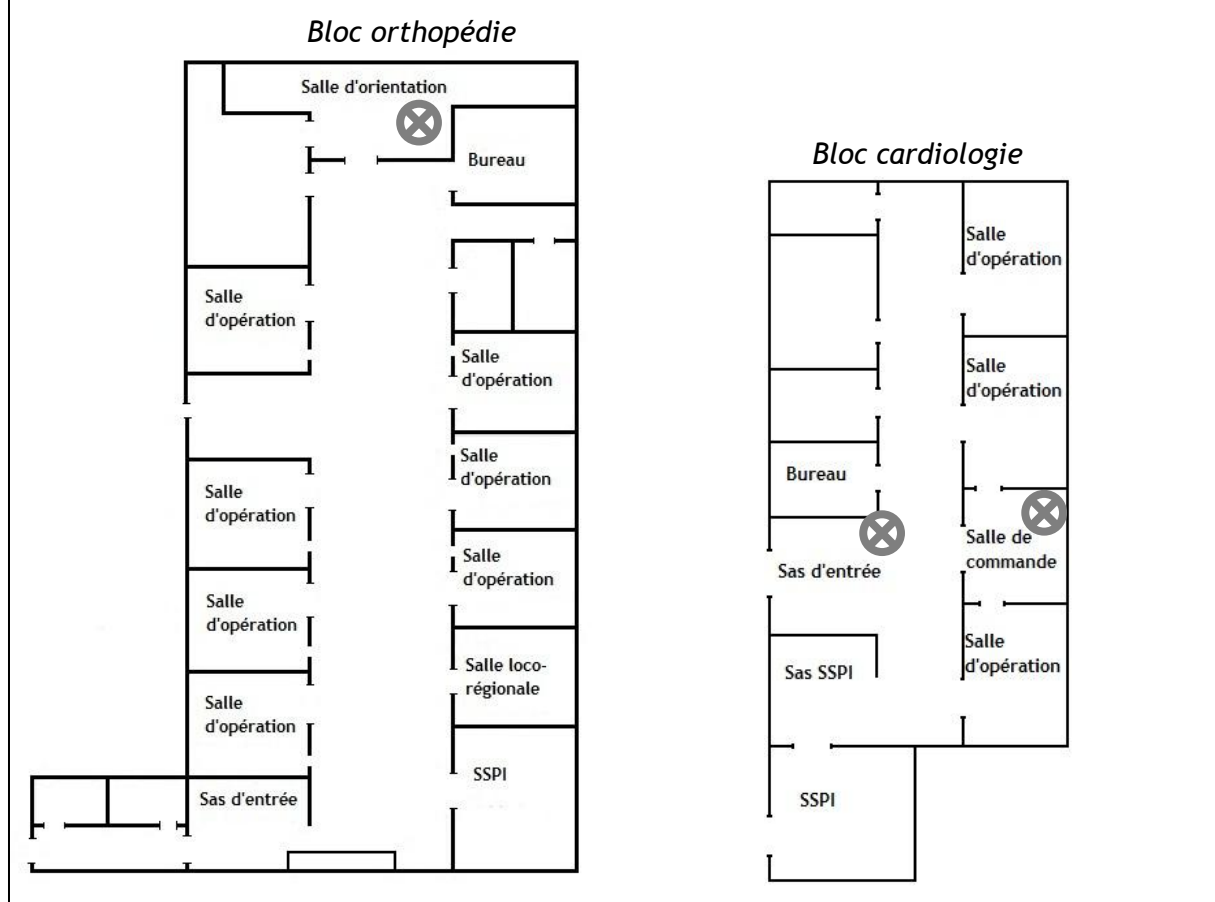
2.2.3. La période d'observation : modalités et difficultés rencontrées

Nous avons, lors de ces périodes d'observation, rencontré un certain nombre de difficultés sur lesquelles nous nous proposons de revenir pour voir comment nous y avons remédié et mettre au jour le dispositif d'observation réellement mis en place.

a. Position d'observation

Nous avons effectivement et conformément au travail de structuration réalisé en amont adopté une position tantôt fixe, tantôt variable. Nous avons ainsi au bloc cardiologie observé le bloc opératoire dans son ensemble, depuis le couloir. Mais ce sont surtout les salles d'orientation (ou salle de commande) qui ont focalisé notre attention (en orthopédie, c'est d'ailleurs en orientation que se déroule le travail de relève). Les premières journées d'observation ont en effet révélé le rôle central joué par celles-ci dans la coordination et la régulation des événements, nous y reviendrons largement par la suite. Le positionnement de cette salle au sein du bloc opératoire permet en outre d'obtenir une vision globale de celui-ci. La figure suivante illustre le périmètre d'observation fixe retenu au sein de chacun des blocs :

Figure n° 6 - Périmètre d'observation fixe retenu au sein des deux blocs



Nous avons par ailleurs adopté un périmètre d'observation variable. Outre le responsable de proximité de chaque bloc et l'infirmière-coordinatrice que nous avons suivis à maintes reprises au cours de la période d'observation, nous nous sommes également intéressée au poste de brancardier qui s'est avéré être un acteur clé dans l'agencement physique bloc opératoire / services de soins. Ce dispositif d'enquête s'est révélé particulièrement riche dans l'analyse puisqu'il a favorisé le questionnement au travers d'entretiens en situation, nous le verrons par la suite, et a ainsi permis de « *comprendre le point de vue subjectif de l'acteur* » (Journé, 2008, p. 164). La grille d'observation prévoyait par ailleurs, rappelons-le, de réaliser un suivi des événements qui surgissaient dans les cours d'action. Cette stratégie de collecte des données s'est, en réalité au sein des deux blocs opératoires, fréquemment apparentée à du suivi d'acteurs (étant donné le rôle central joué par l'infirmière-coordinatrice dans la résolution des perturbations, nous y reviendrons par la suite). Nous avons rencontré de sérieuses difficultés dans l'application de cette méthode au bloc opératoire : pour des raisons de sécurité et d'hygiène, on ne peut entrer et sortir constamment du bloc opératoire afin de se rendre dans un autre service ; cela prend par ailleurs du temps (tenue de bloc à mettre/enlever ; unités éloignées géographiquement dans la clinique).

Parallèlement, à l'observation menée au bloc opératoire, nous avons mené un certain nombre d'entretiens avec le responsable de la cellule ordonnancement, nous y reviendrons par la suite. Les observations révélaient en effet l'existence d'interactions fortes entre le bloc opératoire et ce service. Ce constat nous a conduit à compléter le dispositif d'enquête en observant durant 8h la cellule ordonnancement : nous avons alors passé 2h dans le bureau du responsable puis 6h dans le service d'ordonnancement. Si la position adoptée était effectivement fixe, il s'agissait pour autant d'étudier un acteur en particulier (le responsable tout d'abord, puis deux acteurs au sein du service) sur une temporalité donnée (mais l'activité observée est assimilable à un travail de bureau où les acteurs ne sont pas amenés à bouger).

Le tableau suivant synthétise le dispositif d'observation mis en place et fournit des informations chiffrées :

Tableau n° 6 - Le dispositif d'observation mis en œuvre dans la thèse		
UNITES ETUDIEES	NOMBRE D'HEURES	DETAILS DES MODALITES
Bloc orthopédie	60 heures	Position fixe salle d'orientation : 9h30 Suivi infirmière-coordinatrice : 24h30 Suivi responsable de proximité : 26 heures <i>Taille du bloc importante : le dispositif d'observation le plus approprié est le suivi d'acteurs</i>
Bloc cardiologie	50 heures	Position fixe (couloir du bloc mais surtout salle de commande) : 34 h Suivi infirmière-coordinatrice 7h30 Suivi responsable de proximité : 8h30 <i>Taille du bloc réduite : le dispositif le plus approprié est un périmètre d'observation fixe en salle de commande</i>
Cellule ordonnancement	9 heures	Suivi responsable : 2 heures Suivi membres de l'équipe : 8 heures
Brancardiers	5 heures	Suivi : 5 heures

La période d'observation s'est déroulée non sans difficultés et interrogations quant au positionnement retenu pour le recueil des données, à la fois dans le temps et dans l'espace. Nous nous sommes ainsi interrogée sur l'endroit où nous pouvions nous positionner pour observer. Le chercheur qui pénètre pour la première fois au sein d'un bloc opératoire est en effet confronté à un problème de taille puisqu'il n'en connaît pas le fonctionnement. Dès lors, nous ne savions pas si nous pouvions ou non entrer dans les

salles d'intervention au regard des contraintes d'aseptisation du bloc ou de certaines technologies employées qui nécessitent une protection (rayon). Or, de nombreuses interactions s'y déroulent, de nombreux événements y apparaissent et s'y résolvent. Faire le choix de ne pas y entrer pose ainsi problème. Par ailleurs, nous ne savions pas toujours s'il était ou non nécessaire de porter son masque de protection au sein de certains espaces. Or, le port du masque rendait le questionnement difficile. Enfin, nous ne savions pas où nous positionner dans le couloir des blocs, comme dans les salles d'orientation par peur d'entraver le passage (par exemple en orientation au bloc orthopédie, les gens entrent et sortent constamment, en portant du matériel lourd, en poussant d'imposants chariots ou armoires). Par ailleurs, nous nous demandions en permanence où nous positionner pour ne rien rater des interactions importantes par rapport à notre objet d'étude : il nous est en fait très vite apparu que la nature des faits observés et la qualité de l'observation dépendaient de la contingence, des opportunités qui se présentaient. Il s'agissait dès lors de savoir les saisir, de faire preuve d'« *opportunisme méthodique* » pour reprendre les termes de Girin (1989). Il fallait pour cela accepter de ne pas suivre à la lettre la grille d'observation que nous avions rigoureusement bâtie. En effet, « *l'intérêt du programme systématique réside justement dans les entorses qu'on lui fait. Dans le domaine de la recherche sur la gestion et les organisations, il est clair que les événements inattendus et dignes d'intérêt sont propres à bouleverser n'importe quel programme, et que la vraie question n'est pas celle du respect du programme, mais celle de la manière de saisir intelligemment les possibilités d'observation qu'offrent les circonstances* » (p. 1).

Une autre source d'interrogation résidait dans la question du temps. Quand étions-nous en position d'observation ? Des éléments essentiels peuvent en effet être livrés par les acteurs hors de ce que Journé (2008) appelle des phases « *actives* » d'observation (p. 143). Il s'agissait dès lors ne pas restreindre les périodes d'observation et de saisir l'opportunité de multiplier ces moments de rencontre plus informels avec les personnels du bloc opératoire (pauses, repas, moments d'échange dans les vestiaires...). La question se posait toutefois du statut à donner aux informations recueillies dans ces moments : le traitement de ces données soulevait un dilemme éthique. Comme Groleau (2003) le met en évidence, il existe en effet un « *contrat moral* » (p. 239) qui lie le chercheur et l'observé. Ces informations, collectées dans un cadre informel où ne possédions pas nécessairement aux yeux du personnel et à cet instant le statut d'observateur actif (nous n'avions pas toujours par exemple avec nous notre carnet, outil de rattachement par excellence de l'acteur au chercheur, ce qui pose d'ailleurs un problème d'un autre ordre, celui de la reconstitution de notes *a posteriori* et donc interroge la fiabilité de celles-ci). Nous avons fait le choix de

systématiquement reconstituer dans notre carnet et immédiatement après la discussion les éléments qui nous paraissaient essentiels pour l'étude et donc que nous ne pouvions pas omettre. Nous avons toutefois veillé au moment de l'analyse mais surtout de la rédaction à ne pas faire figurer des données qui pourraient mettre en difficulté un acteur ou un groupe d'acteurs alors qu'il pouvait potentiellement y avoir une « *confusion sur le statut des propos échangés* » (Groleau, 2003, p. 241) dans ce cadre. Ce fut par exemple le cas lorsque des mots furent prononcés à l'égard de certains médecins en salle de pause. Ces échanges étaient essentiels à l'analyse, ils traduisaient une véritable difficulté de coordination entre les personnels et les chirurgiens. Pour autant, il n'apparaissait pas nécessaire de citer une personne en particulier et les mots exacts alors prononcés.

Enfin, une troisième difficulté s'est posée sur le contenu même de l'observation. Il est très vite apparu impossible d'observer tous les éléments et indicateurs pointés dans la grille. D'une part, la clinique étudiée n'a pas encore aujourd'hui mis en place l'ensemble de ces indicateurs (par exemple : le taux de débordement). D'autre part, nous n'étions pas en mesure de prendre en note l'ensemble des informations que nous souhaitions recueillir, un événement se déroulant parfois sur une période très courte. Chaque situation est par ailleurs d'une telle richesse qu'il apparaît difficile de « *tout* » noter comme suggère de le faire Becker (2002, p. 131). C'est particulièrement le cas au bloc orthopédie, au regard de sa taille importante. Une première phase d'immersion dans ce bloc a notamment révélé l'impossibilité de tenir une position fixe au sein du couloir et d'observer les trajectoires de malades : le bloc contient trop de salles et de nombreuses interactions se déroulent en parallèle appelant nécessairement à effectuer une sélection. Plus qu'un plan à suivre à tout prix, la grille d'analyse a dans ce cadre davantage consisté en un repère ou un guide dans le recueil des données nous assurant de porter notre attention sur les éléments essentiels, face à la grande richesse et diversité des situations observées. La grille devait ainsi, comme Groleau (2003) le suggère, permettre de « *cerner le phénomène sans trop le contraindre afin de laisser émerger des données l'explication qui sera conceptualisée au moment de l'analyse* » (p. 229).

b. Méthode de recueil des données observées

Il n'a pas été possible de procéder à des enregistrements au cours de nos observations. Le recueil des données a dès lors consisté en une prise de notes minutieuse (à la main) sur un carnet (ce que Wacheux (1996, p. 212) appelle le « *journal de recherche* »). Afin de limiter le biais de décontextualisation pointé par Journé (2005), où le chercheur oublie le contexte d'action au moment des faits, nous avons été attentifs, dans la prise de notes, à décrire le contexte de la situation observée de la manière la plus détaillée possible. Nous

avons prêté une attention particulière aux conversations des acteurs que nous nous sommes attachée à restituer telles quelles, sans reformulation préalable (saisie de « verbatims »), afin d'appréhender ce qu'Arborio et Fournier (2008) nomment le « *lexique indigène* » (p. 52).

Toutefois, le recueil des données a soulevé un certain nombre de problèmes, appelant à compléter le dispositif d'observation. D'une part, le travail observé est technique, pointu. Sa bonne compréhension nécessite de posséder des connaissances dont l'observateur extérieur (qui plus est en Sciences de gestion) ne dispose pas toujours. D'autre part, ce qu'on est en mesure d'observer de l'interaction dans un cadre spatio-temporel défini ne nous donne pas nécessairement une vision d'ensemble de la situation : des éléments issus du passé font potentiellement défaut à l'observateur ; l'interaction peut en outre s'opérer par un objet tel que le téléphone, fortement sollicité en période d'aléa, nous le verrons. Dès lors, nous n'avons accès qu'au discours de l'un des deux interlocuteurs et ne sommes pas toujours en mesure de comprendre les faits qui se déroulent sous nos yeux. Enfin, une question essentielle s'est imposée à nous lors de ces observations : comment se saisir du « *non visible* » ? Il s'agissait, nous l'avons vu, d'accéder au ressenti des acteurs, au sens que ceux-ci donnent à leurs actions, mais aussi d'identifier ce qui manque aux acteurs dans la situation observée. Le dispositif d'observation doit ainsi être complété par ce que nous appellerons des « *entretiens en situation* ». S'ils peuvent dans la forme s'apparenter aux entretiens semi-directifs réalisés en sus des observations, il apparaît toutefois que les entretiens en situation présentent certains avantages supplémentaires. Arborio et Fournier (2008) montrent ainsi que les réponses sont plus simples à fournir pour la personne interrogée puisqu'observateur et observé partagent alors le même contexte de référence. Ils présentent par ailleurs et selon les auteurs moins de biais que les entretiens semi-directifs car l'observateur est en position de vérifier ce que lui dit l'enquêté. La possibilité de réaliser des entretiens en situation est ainsi un atout essentiel de l'observation : si la relation observateur-observé est souvent critiquée pour les biais qu'elle génère, il semble important de rappeler que cette relation peut aussi et à l'inverse enrichir l'analyse. L'observateur peut alors « *tirer parti de sa présence physique* » (Journé, 2008, p. 145) et non systématiquement chercher à se « *faire oublier* » (*id.*) pour poser des questions sur des points précis, mais aussi pour vérifier la bonne compréhension d'une situation.

Ces entretiens en situation soulèvent toutefois eux aussi d'importantes difficultés. Ainsi, nous ne savons pas toujours identifier le moment adéquat pour interroger les acteurs. L'objet même de la recherche pose en effet problème : nous cherchons notamment à étudier les périodes d'événements et la façon dont les acteurs gèrent les problèmes qui se présentent à eux. Or, dans ces situations d'urgence, de précipitation, où les acteurs sont

souvent en tension, ceux-ci n'ont pas le temps de répondre aux questions et il est dès lors délicat de mener un entretien en situation. En outre, lorsque les acteurs sont disponibles, leurs réponses sont sans cesse entrecoupées de sollicitations (de vive-voix ou par téléphone) et ils perdent le fil de ce qu'ils sont en train de dire ou de faire. Nous avons dans ce cadre fait le choix de prendre le plus de notes possibles pendant la période de tension puis, lorsque le calme est revenu, de demander des explications afin de compléter ou rectifier ces notes. Nous notions par ailleurs toutes les questions qui nous venaient à l'esprit au cours de ces situations et tentions de les faire apparaître explicitement dans le corps du texte (pour les visualiser rapidement dans la masse de données collectées : souligner, entourer, marquer les pages sur lesquelles des questions ne sont pas encore résolues). Enfin, nous réalisons régulièrement des récapitulatifs des questions restées en suspens et des points à creuser ou à observer plus spécifiquement.

Une seconde difficulté tient à l'équilibre à trouver entre l'observation en temps réel et les périodes d'entretien en situation. Effectivement, les situations soulèvent sur le moment des questions qui appellent à un tas d'autres : compléter la situation observée par des commentaires, des récits d'expérience qui entraînent à leur tour de nouvelles questions, établir un parallèle avec d'autres situations vécues, *etc.* La tentation est ainsi forte d'écouter les personnels raconter les moments importants, les points critiques, les éléments clés de la coordination ou de la gestion de l'aléa. Or, la reconstitution *a posteriori* des faits possède ses écueils - nous l'avons vu - que l'observation *in situ* cherche justement à éviter. Il s'agit dès lors d'user de l'entretien en situation avec précaution (d'autant qu'un certain nombre de ces questions peut-être posé en entretien) et de privilégier le plus possible l'observation en temps réel des faits. Notons toutefois que ce risque s'atténue dans le temps, lorsque l'observateur commence à bien maîtriser le contenu du travail et l'organisation du bloc opératoire. La perturbation engendrée par l'observateur, particulièrement lors de ces moments de questionnement, limite elle aussi cet écueil : il nous faut en effet nous imposer une certaine retenue pour éviter de déranger les personnels dans l'accomplissement de leur travail (Groleau, 2003).

c. Les biais potentiels : l'observateur, facteur de perturbation

Occuper la position d'observateur au sein de ces deux blocs opératoires nous a donné l'occasion d'éprouver à quel point ce statut interroge les personnels étudiés. Effectivement, notre présence intriguait, et les pages annotées de notre carnet encore davantage : le carnet n'est pas neutre pour les acteurs, il est un centre d'interrogation permanent. Pour les personnels qui n'ont pas le sentiment de réaliser des actes qui sortent de l'ordinaire, le contenu de ce que l'on peut bien noter sur ce carnet intrigue. Certains

nous demanderont ainsi : « *Mais qu'est-ce que tu peux bien écrire ?* », tandis que d'autres s'étonneront : « *On fait autant de choses que ça ?* ». Tantôt, le carnet constituera pour les acteurs une source de fierté, témoignant de tout l'intérêt mais aussi de l'ampleur du travail qu'ils réalisent, comme l'extrait d'observation le relate ci-dessous :

Encadré n°2 - Le carnet d'observation, source d'intrigue pour les acteurs (Bloc cardiologie)

La responsable du bloc, non sans une certaine fierté, montrera plusieurs fois au cours de la journée, le grand nombre de pages annotées dans le carnet d'observation : « *Vous avez vu tout ce qu'elle a à dire sur nous !* ».

Tantôt, les acteurs exprimeront leur méfiance face à ce carnet : « *J'ai l'impression d'être épié et contrôlé à vous voir notez comme ça !* ». La crainte est alors celle de l'usage que l'on pourrait faire des données ainsi recueillies, très bien manifestée par des infirmières qui s'exclamaient devant nous : « *Fais attention ne dis pas ça, elle écrit tout !* » ou encore : « *Ça tu n'écris pas hein !* ». Cette méfiance résulte d'une difficulté de positionnement de l'observateur, potentiellement assimilé à un « espion » envoyé par la direction pour contrôler, évaluer le travail.

D'où l'importance d'être très clair au départ sur la présentation de soi, de la raison de sa présence et de l'utilisation future des données collectées. Il s'agit aussi de profiter de ces moments pour « recadrer » l'étude, réexpliquer le motif de notre présence, et ainsi rassurer, contribuer à établir un rapport de confiance avec les personnels observés. Il s'agit par ailleurs de montrer que l'on est transparent, en ne cherchant pas, par exemple, à dissimuler le contenu du carnet, objet de tant d'interrogations. C'est ce que nous avons tenté de faire tout au long de nos observations. L'extrait d'observation suivant relate un de ces « recadrages » réussis :

Encadré n°3 - Recadrage de l'étude et transparence du dispositif (Bloc orthopédie)

Lors de l'observation d'une intervention en ophtalmologie, je¹¹⁵ sens que la panseuse en salle s'interroge de me voir écrire autant. Elle me demandera à deux reprises au début de l'intervention : « *Mais tu écris tout ce qu'on fait ?* ». Je la rassure, lui montre ce que j'écris, puis j'en profite pour lui réexpliquer l'objectif de ma recherche et ce qui m'intéresse... Et cela semble fonctionner : elle se confie beaucoup au cours de l'intervention, mettant en évidence la tension ressentie entre la nécessité de travailler

¹¹⁵ La démarche adoptée étant proche d'une posture ethnographique, nous avons fait le choix de restituer les extraits de terrain à la première personne du singulier.

vite et la volonté de bien faire son travail. Elle m'explique le rôle des différentes feuilles utilisées par la panseuse et propose même de m'en mettre de côté.

Une difficulté importante subsistait toutefois tout au long de nos observations quant à la transparence du processus dont nous voulions témoigner auprès des acteurs. En effet, nous étions amenée à noter des éléments dans le carnet dont la valeur pour notre étude pourrait paraître tout à fait incompréhensible aux yeux des personnels. Il s'agissait par exemple de tous les échanges personnels, petites histoires, anecdotes ou à l'inverse des conflits que nous avons eu le loisir d'observer au bloc opératoire. Ces éléments sont en effet essentiels pour étudier et documenter l'identité du collectif mais leur saisie peut susciter la méfiance du groupe qui s'inquiète de l'usage qu'on pourrait en faire.

Si l'observation est potentiellement déstabilisante pour les personnels observés, du fait des interrogations que la prise de note génère, elle l'est également pour l'observateur par le sentiment d'intrusion qu'elle suscite en lui. Ainsi, la position n'est pas toujours évidente à tenir. Nous éprouvions par exemple au départ de grandes difficultés à interroger un acteur qui terminait une conversation téléphonique, ayant le sentiment que nos questions seraient par trop intrusives : qui était-ce ? Pourquoi appelait-il ? *Etc.* Par ailleurs, le suivi des personnels peut-être particulièrement pesant pour celui-ci et ce dispositif d'observation n'est dès lors pas toujours aisé à mettre en place : ainsi, si en cardiologie, la taille exigüe du bloc opératoire permettait d'observer un acteur depuis une position quasiment fixe (une présence dès lors moins perturbante, l'observateur peut davantage se « *faire oublier* »), la taille importante du bloc orthopédie nous imposait de suivre les personnels de façon explicite. Ne sachant pas systématiquement ce que l'acteur s'apprêtait à faire et ne pouvant prédire à l'avance dans quelles mesures l'action serait importante ou non au regard de l'objet d'étude, nous étions contraint de suivre l'acteur en permanence y compris pour les petites actions anodines (par exemple : déposer du matériel dans une salle vide). L'acceptation de notre présence est ainsi d'autant plus importante à obtenir dans ce cadre.

Sur ce point, l'étude préalable à laquelle nous avons contribué nous avait donné l'occasion de rencontrer une partie des personnels (du bloc orthopédie uniquement). Elle a ainsi pu participer de l'établissement d'une relation de confiance avec ces derniers, d'autant que nous avons travaillé dans ce cadre à rétablir une ambiance de travail plus pérenne. Toutefois, l'étude préalable pouvait aussi nous desservir : elle était à l'inverse susceptible de générer une certaine méfiance de la part des acteurs (la première étude ayant été commanditée par la direction) mais aussi une certaine confusion sur la raison de notre présence au bloc opératoire (travaille-t-on toujours sur des problèmes de climat

social ?). Il apparaît cependant que la posture de « stagiaire » à laquelle les personnels semblaient enclins à nous rattacher mais également notre proximité avec l'équipe (équipe jeune et majoritairement féminine) a facilité, si ce n'est l'établissement d'une authentique relation de confiance avec les personnels, du moins la tolérance de notre présence auprès d'eux (Journé, 2008). L'acceptation des acteurs a également été facilitée par le dispositif d'observation en place : davantage que des heures d'observation dispersées dans le temps, nous avons bâti la stratégie de recueil des données sur la base de périodes d'immersion au sein des deux blocs opératoires. Dès lors, les acteurs s'habituèrent à notre présence. Au cours d'une observation, une infirmière que nous suivions depuis plusieurs heures nous a ainsi confié : « *Des fois, je t'oublie complètement* ». Notons que plus que notre présence, c'est alors notre présence « *en qualité d'observateur* » (Arborio et Fournier, 2008, p. 87) que les acteurs finissent par oublier. Finalement, si « *le chercheur peut se considérer accepté quand les membres de l'équipe échangent des secrets professionnels ou s'éloignent des comportements tolérés par les dirigeants en sa présence* » (Groleau, 2003, p. 227), il apparaît que nous sommes parvenue au niveau d'acceptation dont l'auteur fait ici état. Ce sont en effet des situations que nous avons expérimentées à de nombreuses reprises au sein des deux blocs opératoires (discussions sur les médecins au cours desquelles les acteurs nous demandaient au départ de ne pas noter, ce qu'ils ne faisaient plus à la fin ; échanges sur des désaccords profonds avec la direction ; confidences sur leur vie professionnelle (par exemple : volonté de démissionner) comme personnelle (problèmes familiaux...), etc.). On peut en cela se demander si les établissements de santé ne constituent pas un terrain particulièrement favorable à l'observation. Les personnels sont en effet coutumiers des stagiaires (élèves infirmières notamment) et sont ainsi moins destabilisés par une présence extérieure. Ils sont par ailleurs habitués à s'entendre poser des questions sur leur métier. Et en même temps, la posture d'observateur pèse moins lourdement sur leur travail puisqu'il ne s'agit pas ici de former celui-ci pour qu'il apprenne à faire par lui-même, un constat qu'une infirmière formulera au cours de nos observations. Nous avons ainsi trouvé d'une façon générale le personnel accueillant, plutôt ouvert à notre égard, et se rendant volontiers disponible pour répondre à nos questions, passées les premières heures d'interrogation et une fois que nous avons expliqué les raisons de notre présence.

2.2.4. Sortir du terrain

Une des critiques de l'étude de cas fréquemment mise en évidence dans la littérature concerne le caractère chronophage de la méthode (Yin, 1994) : la collecte des données est longue et prenante pour le chercheur et, face à la masse de données collectées, l'analyse

est extrêmement complexe. Or, selon Arborio et Fournier (2008), « *la temporalité du déroulement de l'enquête est fonction de celle du terrain retenu* » (p. 31) : dans notre cas, nous avons rapidement atteint le « *point de saturation* » (Glaser et Strauss, 1967) des données, les établissements de santé constituant un terrain tout à fait propice à l'observation et un grand nombre d'événements s'y déroulant au cours d'une même journée, nous l'avons signalé au préalable. Yin (1994) montre en effet qu'à la différence des approches véritablement ethnographiques ou de l'observation participante, l'étude de cas n'a pas besoin d'une durée d'immersion aussi longue sur le terrain. Nous pensons que c'est particulièrement le cas lorsque le design de la recherche offre au chercheur du temps, entre les différentes périodes de recueil des données, pour lire, prendre du recul sur ses données et les analyser, mais aussi pour élaborer des hypothèses, comme nous l'avons fait au cours de cette étude. Ainsi, le chercheur est en mesure de profiter et d'exploiter pleinement le temps qu'il passe sur le terrain.

2.3. L'entretien

Le dispositif d'observation a été complété, nous l'avons vu, par la réalisation d'un certain nombre d'entretiens. Présentons ici dans ses grandes lignes la façon dont nous avons mobilisé cette méthode de recueil des données sur notre terrain.

2.3.1. L'échantillon

Nous l'avons déjà précisé, une grande partie des entretiens mobilisés dans la thèse a été réalisée dans le cadre d'une première étude. De janvier à mars 2009, ce sont en tout soixante-trois entretiens¹¹⁶ qui ont été menés par l'équipe auprès des personnels des deux unités retenues dans cette étude, ainsi que des membres de la direction (responsables de proximité et cadres supérieurs). Seuls trente-trois d'entre eux ont été conservés dans le cadre de la thèse : ceux qui avaient été réalisés au sein du bloc orthopédie en collaboration avec un chercheur de l'équipe ; mais aussi ceux qui avaient été menés (par l'équipe dans son ensemble) auprès des membres de la direction et qui se rattachaient au cas de façon plus générale. Outre les personnels du bloc opératoire (infirmières de bloc et agents de service hospitaliers (ASH)), le périmètre de l'étude s'est étendu aux unités

¹¹⁶ Ce n'est ici qu'une faible partie du matériau empirique recueilli au cours de l'étude : outre des entretiens, quelques séances d'observations furent réalisées par l'équipe, mais aussi un focus group avec les membres du management de proximité, 7 restitutions du diagnostic puis du plan d'action élaboré et 7 séances de travail avec le comité de direction et le comité de pilotage constitué pour la recherche afin justement d'élaborer ce plan d'action. L'ensemble de ces données n'a en revanche pas été retenu dans la thèse : celles-ci étaient en effet trop orientées sur l'objet de l'étude (amélioration du climat social) et n'abordaient cette fois que de façon marginale la question que nous avons placée au cœur de la thèse.

susceptibles d'être en contact avec les équipes d'orthopédie : la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) (infirmière de salle de réveil et aides-soignantes), le service de stérilisation (agents de stérilisation) et les brancardiers. Les entretiens ont débuté par la rencontre des membres de la Direction et se sont poursuivis par la descente de la ligne hiérarchique jusqu'au niveau opérationnel.

Par la suite et en parallèle des séquences d'observation, d'autres entretiens ont été organisés (de janvier à mai 2011) auprès des responsables de proximité des différents services concernés par l'activité des blocs opératoires étudiés : le service orthopédie, le service cardiologie ainsi que les urgences. Un travail important a également été réalisé avec le responsable ordonnancement.

Le tableau ci-dessous synthétise les différents entretiens qui ont été mobilisés dans la présente recherche et fournit des informations chiffrées :

Tableau n° 7 - Synthèse des entretiens réalisés dans la thèse

A/ PERSONNELS RENCONTRES

CATEGORIE PROFESSIONNELLE	NOMBRE DE PERSONNES RENCONTREES EN ENTRETIEN	EFFECTIF PERIMETRE CONSIDERE	PROPORTION DES SALAIRES RENCONTRES
Infirmières de bloc	8	20	40%
ASH de bloc	2	18	11%
Infirmières SSPI	4	25	16%
Aides-soignantes	2	16	12,5%
Agents de stérilisation	3	17	18%
Brancardiers	4	16	25%

B/ RESPONSABLES DE PROXIMITE, CADRE SUPERIEURS ET MEDECINS RENCONTRES

CATEGORIE PROFESSIONNELLE	NOMBRE DE PERSONNES RENCONTREES EN ENTRETIEN
Responsables d'unités : bloc, salle de réveil, stérilisation, urgence, soins	6
Direction et cadres supérieurs : directrice des soins et des activités paramédicales, directeur général, DRH, directrice qualité, responsable ordonnancement	8
Chirurgiens	2

Au total, 39 entretiens ont finalement été mobilisés dans la thèse. Les rencontres auprès des personnels ont été organisées sur le mode du volontariat : peu enclins au départ à venir s'exprimer dans le contexte de fortes tensions décrit précédemment, le dialogue s'est peu à peu libéré au fil des entretiens et de nombreux acteurs, au départ réservés sur l'étude et inquiets quant à la confidentialité des données, se sont proposés pour venir nous rencontrer. La situation est quelque peu différente pour les responsables et les médecins : ceux-ci ont été contactés directement et ont accepté de nous rencontrer pour un ou plusieurs entretiens (comme ce fut le cas pour les responsables du plateau technique et de la cellule ordonnancement).

2.3.2. L'entretien compréhensif, un espace de réflexivité

Les entretiens réalisés ont duré au moins une heure et se sont parfois prolongés jusqu'à deux heures et demie. Nous entamions toujours l'entretien en remerciant la personne de sa présence, en nous présentant et en expliquant l'objet de la rencontre (étude sur le climat social dans un premier temps ; étude sur la coordination dans le cadre d'une recherche doctorale dans un second temps). Afin de mettre en confiance notre interlocuteur, nous prenions également systématiquement le temps de l'informer de la confidentialité des informations qui serait échangées. Hormis cette introduction, le déroulement des entretiens réalisés lors de la première étude diverge en partie de la façon dont nous avons mené la seconde phase d'entretiens : cette différence tient au statut des entretiens, davantage exploratoire dans un premier temps et au contraire plutôt confirmatoire dans un second temps.

a. Première phase de collecte de données : des entretiens exploratoires

Si les entretiens réalisés lors de cette première étude ont pu constituer un matériau d'analyse important dans la présente recherche, c'est qu'ils s'appuyaient sur un guide d'entretien très général et mobilisé de façon souple, l'objectif étant de laisser l'acteur rencontré s'exprimer dans ses propres termes et le plus librement possible sur son travail et ses difficultés, comme Demers (2003) le suggère. C'est ainsi que l'objet de recherche a émergé de nos données. On peut en ce sens rapprocher la méthode utilisée de celle de l'« *entretien compréhensif* » (Kaufman, 2007) voire même de l'« *entretien ethnographique* » (Beaud, 1996).

Le guide d'entretien que nous avons élaboré lors des premiers entretiens était extrêmement réduit. Il s'organisait autour de quatre questions très ouvertes et constituait ainsi un instrument idéal pour entamer l'échange sans trop influencer la réponse de notre interlocuteur. Par sa forme, il permettait de mener l'entretien de façon souple (sans avoir

besoin de lire les questions puisque, du fait du caractère réduit du guide, nous les avons à l'esprit), et de s'adapter aux réponses de l'acteur interrogé, afin que « *se déclenche une dynamique de l'entretien* » (Beaud, 1996, p. 240). Dans un second temps, nous faisons préciser à notre interlocuteur certains points par des questions de relance. Pour ne pas l'interrompre, nous notions sur notre carnet les éléments à creuser et les interrogations que suscitait son propos, de manière à pouvoir y revenir par la suite.

Dans le contexte de fortes tensions propres à la première étude (que nous avons présentée au préalable), nous avons fait le choix d'une première question simple à laquelle notre interlocuteur puisse aisément répondre de façon à le mettre en confiance. Nous lui demandions ainsi de nous parler de lui, de son parcours dans l'établissement et éventuellement de ses expériences antérieures : cette question permettait de mieux connaître le répondant (Demers, 2003) et constituait dès lors une étape importante dans la perspective de l'entretien retenue, proche, nous l'avons dit, de l'entretien ethnographique (Beaud, 1996). Cette question devait surtout nous permettre de rebondir sur un des points essentiels du guide d'entretien : nous lui demandions de parler de son travail. Nous privilégions les récits d'expérience en proposant par exemple à la personne interrogée de nous raconter une « *journée-type* ». Ces récits ont été pour nous d'une richesse considérable. Ils nous permettaient, comme Kaufman (2007) le suggère, de découvrir un autre monde, celui du bloc opératoire, qui nous était jusqu'ici inconnu. L'acteur était amené à mettre en avant les caractéristiques de son poste, les outils qu'il mobilisait au quotidien mais aussi les principales difficultés auxquelles il faisait face. Dès lors, nous invitions notre interlocuteur, un instant extirpé de son quotidien, à un véritable retour réflexif sur ses pratiques : il s'agissait pour lui de prendre du recul sur son travail, d'identifier les problèmes mais aussi les aspects positifs ou facilitant de celui-ci. Les données collectées ont ainsi utilement complété les séquences d'observation réalisées par la suite. Un troisième item du guide d'entretien nous conduisait à questionner plus avant ce dernier point en interrogeant l'acteur sur l'organisation de son activité. Enfin, l'étude portant sur des problématiques de climat social, nous clôturons la rencontre en s'enquérant du vécu au travail de notre interlocuteur. Ce point nous permettait de revenir sur le ressenti de l'acteur, donc sur son point de vue subjectif, en verbalisant à la fois les sources de satisfaction (notons que l'accent était alors fréquemment mis sur le collectif de travail) et d'inconfort propres à son travail. Pour des raisons matérielles, tous les entretiens n'ont pu être enregistrés lors de cette première phase de recueil des données. Tous ont en revanche fait l'objet d'une prise de note détaillée¹¹⁷ à travers laquelle nous

¹¹⁷ En effet, les délais impartis pour mener à bien cette première étude ne nous permettaient pas de pouvoir retranscrire l'ensemble des entretiens : une prise de note très détaillée (de 3 à 6 pages)

cherchions à retranscrire le plus fidèlement possible les propos de notre interlocuteur (sous la forme de saisie de verbatims).

b. Des entretiens plus « ciblés » : la validation de nos interprétations

Dans la seconde phase d'entretiens, réalisés auprès des responsables de proximité, le guide d'entretien élaboré était plus directif. Nous cherchions ici à orienter plus précisément les questions sur notre objet d'étude afin de bien comprendre la façon dont les différents services se coordonnaient avec le bloc opératoire, mais surtout à confirmer les hypothèses qui commençaient à prendre en forme dans notre esprit, en parallèle de nos observations, sur les difficultés qui se posaient à eux dans ce cadre. Une posture d'ouverture au propos des interlocuteurs et une capacité à rebondir sur ce qu'ils exprimaient ont toutefois toujours été privilégiées. Le guide était alors structuré par quatre items, chacun devant permettre de compléter l'item précédent en abordant un point plus précis. Ainsi, outre le parcours de la personne interrogée (dans la même perspective que pour les premiers entretiens), nous commençons par l'interroger sur son travail et sur l'organisation de son service. Nous l'invitions ici à mettre en avant d'éventuelles difficultés dans son travail. Les deux questions suivantes visaient à préciser ces difficultés au regard de notre objet d'étude. Ainsi, nous questionnons notre interlocuteur sur l'impact de la réorganisation que nous avons décrite au préalable et sur son ressenti dans ce cadre. Nous cherchions également dans un troisième temps à appréhender la façon dont se déroulaient les relations de cette unité avec les autres services et notamment le bloc opératoire (comment se font les échanges d'information ?, existe-t-il des espaces et des moments de rencontre entre les acteurs de ces différentes unités ?, quelles sont les principales difficultés rencontrées dans ce cadre ?, *etc.*). Enfin, nous l'interrogeons de façon très précise sur les outils mobilisés par l'unité, particulièrement dans la coordination avec les autres services. Ces entretiens ont fait l'objet d'une moindre prise de notes que lors des précédents entretiens. Tous ont en revanche été enregistrés.

*

L'originalité de la démarche réside ainsi pour partie dans la combinaison de deux méthodes principales - l'observation *in situ* et l'entretien compréhensif (Kaufman, 2007) - dans une étude de cas enchâssée, afin de se saisir du « *non visible* » au sein de chacun de ces modes de collecte des données (manques ou empêchements dans l'activité, sens donné

s'est ainsi imposée pour nous permettre d'analyser les données et de rendre les premiers résultats dans les temps (mars).

par les personnels à leurs actions, éléments tacites non verbalisables, *etc.*). Toutefois, la véritable innovation méthodologique se situe dans le mode de collecte et d'analyse des données que nous allons à présent exposer.

3. L'ANALYSE DES DONNÉES ET LA PHASE DE RÉDACTION

Parallèlement au recueil des données, nous avons entrepris un important travail d'analyse permettant de répondre précisément à l'objet de recherche qui émergeait du terrain. Il s'agissait, rappelons-le, d'identifier l'agencement organisationnel qui se construisait dans l'activité, particulièrement en situation perturbée, dans le contexte de rationalisation économique que connaissaient les établissements de santé et notamment la clinique étudiée. Or, les différents dispositifs d'analyse proposés dans la littérature ne nous semblaient pas permettre de construire une réponse appropriée à cette question. Nous avons ainsi bâti l'ensemble du dispositif de traitement des données que nous allons à présent exposer. Nous décrirons brièvement, dans un premier temps, la phase intermédiaire de mise au propre des données qui a précédé l'analyse (3.1). Nous présenterons ensuite la méthode de codage (3.2) et d'analyse (3.3) des données que nous avons élaborée. Nous concluons la section en précisant de quelle manière nous avons rédigé le présent document (3.4).

3.1. Retranscription des données et rédaction d'un journal de bord

Les entretiens pour lesquels nous disposions des enregistrements ont été retranscrits le plus tôt possible après la réalisation de l'entretien, et non à la fin, une fois l'ensemble des entretiens réalisé. Nous avons été attentifs à retranscrire l'intégralité des échanges, y compris nos questions et remarques. Nous avons également respecté les silences ou les hésitations de l'interlocuteur et mentionné les changements d'intonation mais aussi les rires que suscitaient parfois les récits.

Par ailleurs, afin de limiter la perte d'information, nous avons veillé à mettre en ordre nos notes d'entretiens et d'observations et à les retravailler immédiatement après les avoir collectées. Chaque jour d'observation donnait ainsi lieu, le soir, à un travail important : nous relisions les notes prises au cours de la journée et ajoutions des commentaires. Nous avons également fait le choix de rédiger un journal de bord à l'issue de chaque séance d'observation. La seconde phase d'entretien a elle aussi donné lieu à ce type de fiche. Nous y avons indiqué les difficultés de méthode rencontrées sur le terrain et notre ressenti dans ce cadre : pour l'observation, il s'agissait surtout de réfléchir à la relation observateur-observé telle qu'elle se mettait en place, aux biais éventuels, et plus globalement à documenter la façon dont nous avons procédé sur le terrain et les questions

que nous nous étions posées sur la méthode. Le journal était également l'occasion de relater ou de compléter les échanges informels que nous avons eus au cours de la journée et qui nous paraissaient importants.

Au fur et à mesure de l'avancement dans le recueil des données, de nouvelles formes de notes sont apparues, cette fois davantage tournées vers l'analyse. Nous avons ainsi exprimé dans le journal de bord nos interprétations sur ce que semblaient révéler les données de terrain collectées par rapport à notre objet de recherche. A mesure que notre compréhension du phénomène se précisait, et parce que nous étions en parallèle de mieux en mieux acceptée au sein du groupe, ce premier travail d'analyse nous a permis d'éprouver nos hypothèses sur le terrain.

Intéressons-nous à présent à la façon dont nous avons analysé proprement dit ces données.

3.2. Méthode de codage des données : quelles « étiquettes » fabriquer ?

Bien que nous soyons contrainte, pour des raisons de lisibilité, de présenter la méthode de façon linéaire, rappelons que l'analyse a été réalisée tout au long de la collecte des données. Nous avons ainsi commencé à coder nos données à l'issue des premières journées d'observation. Le mode de codage a toutefois largement évolué au cours du temps, nous obligeant à revenir sur les premiers traitements effectués. C'est ici la méthode retenue à l'issue de l'analyse que nous présentons.

3.2.1. Emergence de la situation de gestion comme unité d'analyse de l'activité

Les données collectées devaient donc nous permettre de comprendre et d'expliquer un phénomène particulier : comment les acteurs se coordonnent-ils, particulièrement face à un aléa, et de quelles ressources organisationnelles ont-ils besoin dans ce cadre ? Nous avons précisé au préalable le rôle joué par le concept d'agencement organisationnel (Girin, 1995) dans l'élaboration de la méthodologie de recueil des données. L'agencement organisationnel a en réalité constitué l'unité d'analyse de l'organisation retenue dans ce travail. Toutefois, outre l'organisation, il nous fallait adopter une unité d'analyse de l'activité elle-même. Nous avons vu initialement que la grille d'observation s'appuyait sur une unité spécifique : l'interaction. Or, les données recueillies ne nous semblaient pas tout à fait correspondre à cette unité : un certain nombre d'interactions observées au cours du temps renvoyait en effet à un même phénomène et l'unité ne nous semblait dès lors pas suffisamment dynamique pour traduire les faits réellement observés. La grille d'observation devait également nous permettre d'observer des trajectoires de malades (Strauss, 1992a). Cette unité appréhendant davantage l'activité sous la forme d'un

processus au cœur duquel est placé le patient, nous nous sommes interrogée sur sa pertinence pour notre analyse. Toutefois, la trajectoire du malade s'est elle aussi révélée une unité d'analyse de l'activité au bloc opératoire inadaptée compte-tenu de notre objet de recherche : il s'avérait en réalité qu'une partie du travail réalisé n'était pas directement tournée vers ces trajectoires de malades mais davantage vers l'optimisation du fonctionnement du bloc opératoire, nous aurons l'occasion d'y revenir. Il fallait en outre se doter d'une unité d'analyse qui corresponde à la vision du réel que nous défendions dans ce travail où l'activité et l'organisation se co-construisent mutuellement. C'est dans cette perspective que nous nous sommes tournée vers le concept de situation de gestion proposé par Girin (1990a ; 1983a). Cette unité d'analyse nous permettait d'appréhender l'activité à un niveau d'analyse extrêmement précis, sans renier pour autant la notion d'interaction que nous avons placée au cœur du recueil des données. Nous avons dès lors la possibilité de suivre et de voir évoluer au cours du temps une même situation. Ainsi, si le concept d'agencement organisationnel a précédé le travail de terrain, la notion de situation de gestion a véritablement émergé de l'analyse.

3.2.2. Les axes retenus dans l'analyse (ou catégories)

Ce choix des unités d'analyse a fait évoluer la formulation de l'objet de recherche : il s'agissait alors d'appréhender l'agencement organisationnel qui se construisait en situation, et particulièrement en situation perturbée¹¹⁸. L'analyse s'est ainsi attachée à caractériser l'agencement de chaque situation identifiée : il nous fallait pour cela identifier différentes catégories ou axes d'analyse. Repartant de la définition des agencements organisationnels proposés par Girin (1995), nous avons confronté les trois types de ressources (humaines, matérielles et symboliques) que l'auteur identifie à nos données empiriques et constitué ici cinq catégories : l'architecture, la communication, les outils (déclinés en trois sous-catégories : outils papiers, informatiques, téléphone, l'usage de ces trois types d'outils se révélant, dans l'analyse, différent selon que la situation est ou non perturbée), les règles, les relations entre les acteurs. L'agencement de la situation devait ainsi être décrit à l'aune de chacune de ces catégories.

Toutefois, une autre dimension devait être prise en compte dans le codage au regard de notre objet de recherche : le caractère perturbé ou non de la situation. Il fallait ainsi tenir compte des caractéristiques de la situation telles qu'elles sont présentées dans la

¹¹⁸ Girin (1983a) fait toutefois état de « *l'impossibilité concrète d'épuiser la description de la situation* » (p. 4) et appelle par conséquent à préciser le contexte que l'on souhaite privilégier dans l'analyse. Dans notre cas, nous l'avons explicité dans le chapitre précédent, ce sont ici les agencements organisationnels qui se construisent en situations, dans le travail d'articulation qu'accomplissent les personnels, qui nous intéresseront.

littérature. Nous avons finalement identifié trois axes complémentaires à l'analyse des agencements organisationnels¹¹⁹ : le degré de singularité de la situation et éventuellement l'objet de la perturbation ; la temporalité de la situation (une situation se déroulant dans un cadre temporel déterminé) ; le caractère indéterminé ou non de la situation (une situation émergeant d'une indétermination, nous l'avons vu dans le chapitre 2).

3.2.3. Un codage descendant

Une fois les axes d'analyse définis, les séquences d'observation et les retranscriptions d'entretien ont été codées. Il s'agissait d'abord de procéder au « *découpage* » (Allard-Poesi, 2003) de données en y repérant les différentes situations de gestion, puis dans un second temps de caractériser chaque situation à l'aune des catégories identifiées. Se posait d'emblée la question de la nature des sous-catégories qui composeraient chaque axe d'analyse : à l'inverse des méthodes de codage traditionnellement employées dans le cadre d'une démarche dite inductive, où les sous-catégories émergent du terrain et sont progressivement comparées et regroupées par le chercheur pour constituer des catégories d'un niveau d'abstraction supérieur, nous avons d'emblée défini les « grandes catégories » à partir desquelles nous examinerions les données collectées. Ainsi, l'approche adoptée dans la thèse a davantage consisté en un codage descendant : il s'agissait de fractionner ces différentes catégories issues de la littérature par le « *frottement* » (Kaufman, 2007, p. 81) répété de celles-ci avec notre matériau empirique. Contrairement au codage montant, le codage descendant devait nous permettre de préciser ces différentes catégories, de les réinterroger mais aussi de jouer des relations entre celles-ci, de façon à aller plus loin dans l'appréhension des concepts qui constituaient nos unités d'analyse (l'agencement organisationnel et la situation de gestion). Le tableau proposé ci-après présente la grille d'analyse que nous avons élaborée pour coder nos données :

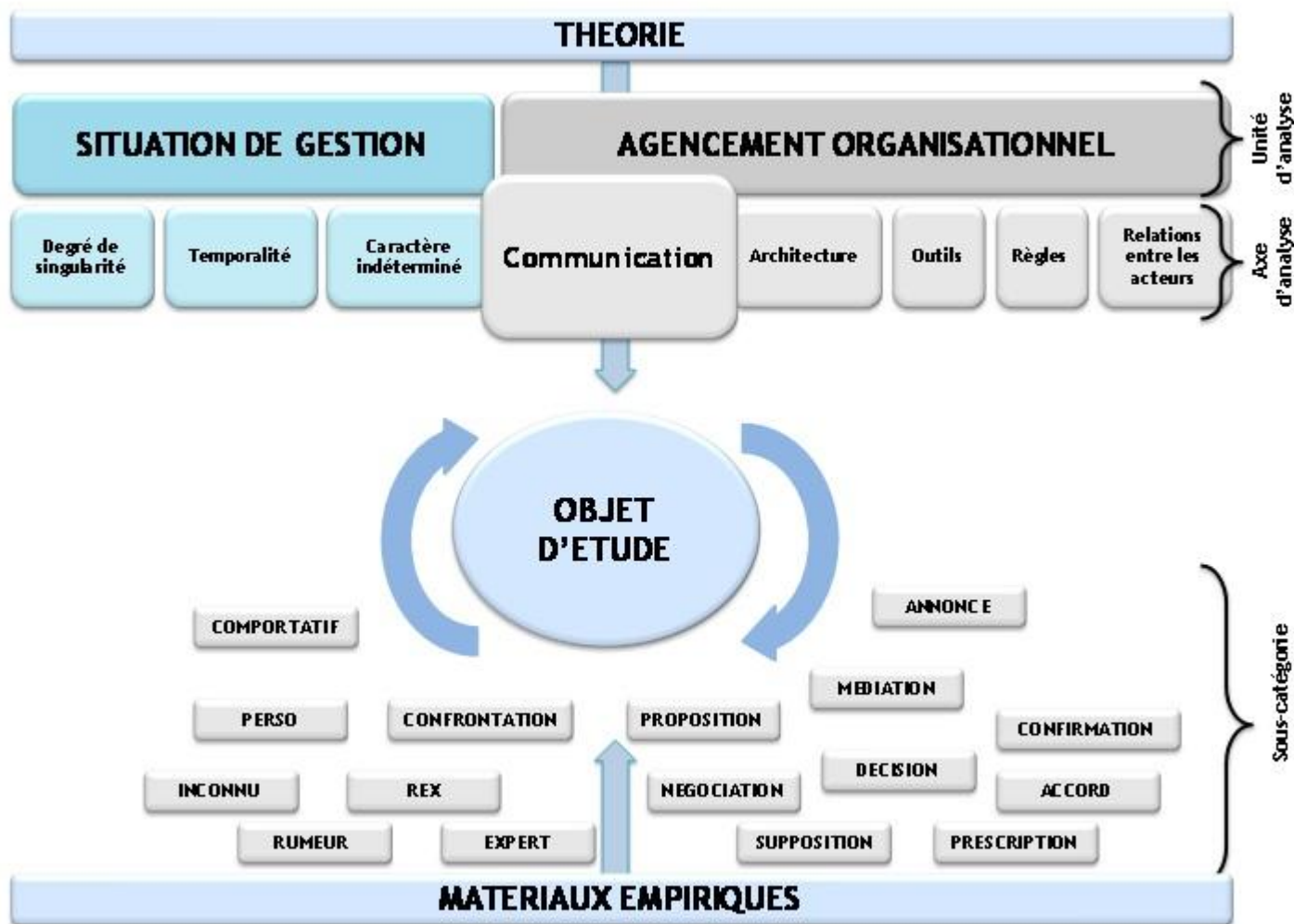
¹¹⁹ Celui-ci permettait déjà de restituer une partie des caractéristiques de la situation de gestion (le lieu, les acteurs)

Tableau n° 8 - La grille d'analyse utilisée pour coder les données

OBSERVATION ou ENTRETIEN N°	SITUATIONS DE GESTION				AGENCEMENTS ORGANISATIONNELS				
	SINGULARITE SITUATIONS DE GESTION	TEMPORALITE	CARACTERE INDETERMINE OU NON	NATURE PERTURBATION	ARCHITECTURE	COMMUNICATION	OUTILS	REGLES	RELATIONS ACTEURS
SEQUENCE D'OBSERVATION ou ENTRETIEN DECOUPE EN SITUATION DE GESTION	S0 Sn S0 (Sn) S0 C Sn S0 U Sn Sn U Sn	PASSE PRESENT PRESENT (URG) FUTUR	DETER INDETER	PATIENT PROCEDURE MATERIEL OUTIL PERSONNEL TEMPOREL LIEU		VOIR ANNEXE N° 5			

La notion de codage descendant ne suppose pas pour autant que nous ayons cherché à tester sur le terrain une hypothèse élaborée au préalable. Les sous-catégories ont bel et bien émergé du terrain mais il s'agissait de générer des construits par l'examen simultané de la théorie et de notre matériau empirique dans un aller-retour permanent en lien avec notre objet d'étude : on peut à ce titre et avec Allard-Poesi (2003) parler d'une construction « *émergente contrainte* » des sous-catégories (p. 281). La littérature a en outre été un support précieux dans ce travail pour mettre un mot, une étiquette sur un thème important qui surgissait de nos données. Nous nous sommes par exemple, pour la catégorie « communication », appuyées sur les écrits d'Austin (1970) et de Grosjean et Lacoste (1999) : les étiquettes intitulées « *comportatifs* », « *annonce* » et « *médiation* » sont issues de leurs travaux. La figure ci-dessous synthétise la démarche que nous avons adoptée dans le traitement des données en restituant le processus fait d'aller-retour entre la théorie et les matériaux empiriques qui a caractérisé notre approche et donne un exemple de codage réalisé pour l'axe d'analyse « communication » :

Figure n°7 - Le codage de nos données : un exemple à partir de la catégorie « communication »



Les différentes sous-catégories identifiées pour chacun des axes d'analyse sont détaillées dans l'annexe n°5. Un extrait du codage d'une observation est fourni en annexe n°6.

3.3. L'analyse du codage : émergence du cadre d'analyse du terrain

L'objet de recherche tel qu'il émergeait progressivement dans l'analyse nous invitait donc à caractériser l'agencement selon que la situation était ou non perturbée : il s'agissait donc de comparer l'agencement organisationnel à l'aune d'un axe d'analyse particulier, celui que nous avons appelé le « degré de singularité » de la situation. Toutefois, un premier traitement des données a révélé l'existence d'un second axe discriminant qu'il nous paraissait nécessaire d'intégrer à l'analyse : nous observions en effet de nettes

différences d'agencement selon que la situation présentait ou non des incertitudes donc selon l'axe d'analyse intitulé « caractère indéterminé » de la situation¹²⁰.

Le cadre d'analyse se dessinait enfin de façon plus précise. Il s'agissait de comparer l'agencement organisationnel de quatre types de situations de gestion définies en croisant les deux axes d'analyse retenus :

- Les situations non perturbées ne présentant pas d'incertitudes ;
- Les situations non perturbées présentant des incertitudes ;
- Les situations perturbées présentant des incertitudes ;
- Les situations perturbées ne présentant pas d'incertitudes.

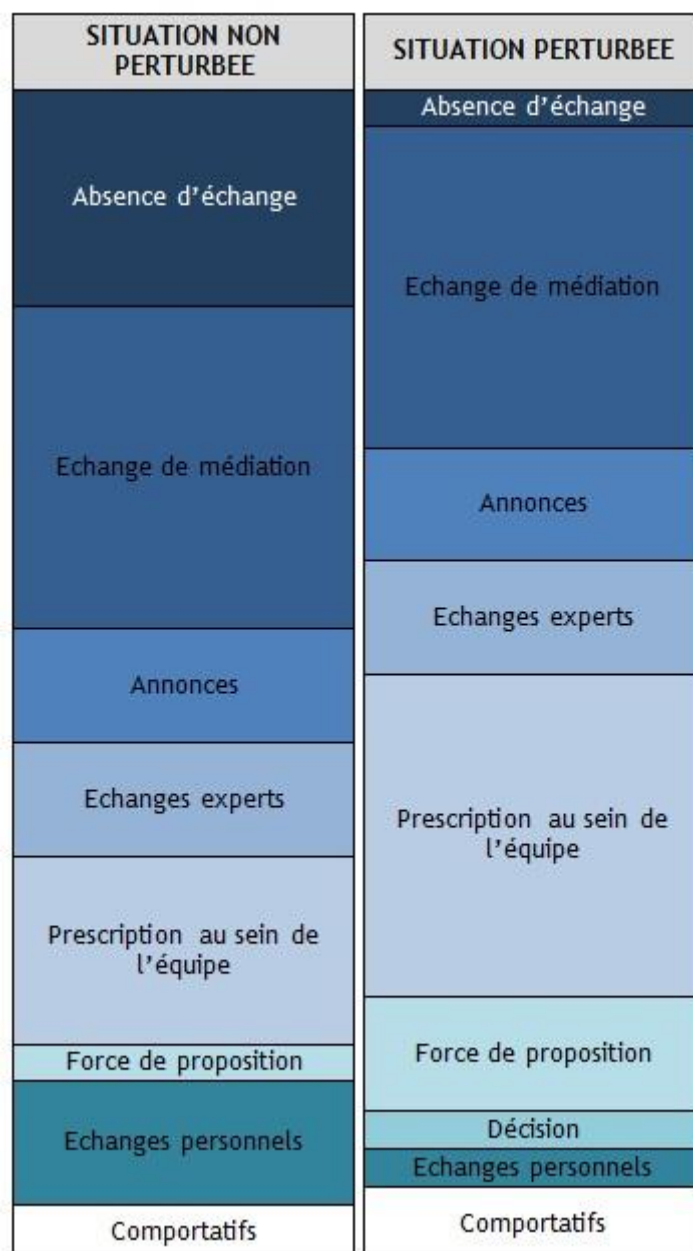
Nous avons alors entrepris d'élaborer une typologie des agencements organisationnels qui se construisaient dans chacune de ces situations. Nous avons pour cela identifié les principales ressources mobilisées dans chaque type de situation¹²¹. Nous avons ensuite cherché à comparer entre eux les différents agencements. Nous avons pour cela appliqué un traitement quantitatif aux données qualitatives retenues, non dans la perspective d'identifier des régularités statistiques mais dans l'optique de différencier les cas, de procéder à des regroupements, comme Giordano (2003) le suggère. Ainsi, nous cherchions à travers ce traitement quantitatif à observer la part que les différentes ressources prenaient dans chacun des agencements étudiés et à identifier les principales caractéristiques de ces ressources, afin de mettre en évidence les modifications que subissait l'agencement selon le type de situation. Par exemple, voici les différences que nous avons observées sur l'axe d'analyse « degré de singularité » de la situation pour la ressource « communication »¹²² :

¹²⁰ L'attention que nous avons portée à cet axe dans l'analyse résulte d'une surprise par rapport à nos présupposés : il existe des incertitudes dans les situations non perturbées mais surtout, certaines situations perturbées ne présentent pas d'incertitudes (les acteurs ont donc toutes les informations nécessaires).

¹²¹ On le devine, le codage et l'analyse des données étaient trop spécifiques pour faire appel à un logiciel d'analyse des données existant. Nous avons ainsi entièrement construit notre grille d'analyse sur un fichier Excel. La différenciation des cas a été facilitée par les possibilités qu'offre cet outil de mettre en place des filtres. Les données étaient ainsi filtrées au niveau des deux axes d'analyse retenus : le degré de singularité et le caractère indéterminé ou non de la situation. Cela nous permettait de pouvoir uniquement visualiser les ressources mobilisées dans le type de situation que nous souhaitions examiner.

¹²² L'objectif de la présente figure n'est pas de mesurer avec précision des écarts mais bien de repérer visuellement ces écarts, en examinant l'importance relative des différentes sous-catégories identifiées dans l'agencement, une démarche qui se rapproche de celle adoptée par Fayol (1999, pp. 9-15 ; pp. 123-125) dans son analyse des capacités nécessaires aux personnels selon les catégories professionnelles. Il s'agit ici de ce que l'on a appelé avec Achard (1994) des « *écritures intermédiaires* » précédant la rédaction du rapport final et devant nous aider à penser. Par exemple, on observe sur cette figure des différences importantes entre les deux types d'agencements : davantage d'échanges en situation perturbée, davantage de prescriptions et de

Figure n° 8 - L'analyse des données : un exemple de comparaison des agencements à partir de la catégorie « communication » au bloc orthopédie



Le travail d'analyse a donné lieu à la production de différentes formes d' « écritures intermédiaires » (Achard, 1996) qui ont précédé la rédaction du rapport final (voir annexe n°7). Nous avons ainsi constitué une fiche d'analyse pour chaque type de ressources dans laquelle nous décrivons en détail les différences observées entre les sous-catégories

propositions mais moins d'échanges personnels. Un autre résultat important est la part que prend dans les deux cas ce que nous avons appelé les échanges de médiation. Nous y reviendrons largement dans la suite de notre propos. Notons par ailleurs qu'on ne retrouve pas ici l'ensemble des étiquettes proposées pour la catégorie « communication » dans la figure 7 : effectivement, ne sont retenues ici que les caractéristiques de la communication qui ressortent massivement de l'analyse (pour le bloc orthopédie).

constitutives de l'agencement organisationnel selon que la situation était ou non perturbée et était ou non indéterminée, sous la forme de textes et de tableaux. Nous avons ensuite réalisé des fiches de synthèse des différences observées à partir des schémas dont nous proposons un exemple ci-dessus. Ce n'est qu'après cet important travail d'analyse des données (le codage ne constituant finalement qu'une faible partie du travail) que nous avons entrepris de rédiger nos résultats de terrain. L'analyse s'est elle-même poursuivie tout au long de l'écriture.

3.4. La communication des résultats

Nous avons rédigé ces résultats en prenant largement appui sur le cadre d'analyse qui a émergé de nos données. Ainsi, le chapitre 5 de la thèse exposera l'agencement organisationnel des situations non perturbées (présentant ou non des indéterminations) tandis que le chapitre 6 présentera l'agencement des situations perturbées (incertaines ou non). Nous avons rédigé ces résultats en tentant d'exposer le plus souvent possible des éléments de terrain à l'appui des propositions que nous avançons. Nous nous sommes par ailleurs attachée à restituer la démarche inductive de ce travail, en faisant précéder les extraits de terrain à l'analyse. Ce mode de présentation doit permettre, nous l'espérons, de laisser le lecteur se constituer sa propre opinion du phénomène et d'évaluer l'analyse que nous en proposons (Giroux, 2003). Nous avons par ailleurs veillé à préserver l'anonymat des personnels rencontrés lors de cette étude, comme nous le leur avons assuré lors de notre entrée sur le terrain¹²³. Nous avons, dans cette perspective, procédé à l'anonymisation des données en changeant systématiquement les noms des protagonistes mis en scène dans les extraits. Cet aspect de la démarche est important puisque les données présentées doivent permettre de révéler la façon dont les acteurs travaillent (donc mettre au jour les pratiques informelles), mais également faire état de leur ressenti, du sens qu'ils donnent à leurs actions, potentiellement en désaccord avec les représentations de la direction.

*

On peut ici s'interroger sur la proximité de la démarche que nous venons de présenter avec celle de la théorie enracinée ou « *grounded theory* » de Glaser et Strauss (1967). On a vu en effet que la thèse ne cherche pas à tester une hypothèse élaborée au préalable à l'aide de la théorie. Au contraire, l'étude de cas réalisée doit nous permettre de comprendre un

¹²³ Toutefois, nous sommes bien consciente que les acteurs du terrain sont susceptibles de se reconnaître en dépit de toutes les mesures que nous avons prises pour l'éviter, la recherche s'attachant à décrire de façon très fine leurs pratiques.

phénomène particulier qui a émergé des données afin de produire une théorie ancrée dans les faits. Nous avons par ailleurs et conformément aux principes de la grounded theory (Corbin et Strauss, 1990) procédé à l'analyse des données parallèlement à la collecte de celles-ci, dans un aller-retour entre les données et la théorie existante (Journé, 2008) : la méthode d'analyse a elle-même émergé du projet de recherche conférant à la démarche un caractère original. La théorie ainsi élaborée est bien le fruit de « *la confrontation permanente entre savoir local (catégories indigènes) et savoir global (concepts abstraits)* » (Kaufman, 2007, p. 83). Toutefois, notre approche ne peut s'apparenter à la théorie enracinée au sens strict, telle que Corbin et Strauss (1990) la définissent. Dans une telle approche en effet, le chercheur doit, au départ, mettre de côté ses préconceptions pour être à l'écoute des données empiriques : la méthode « *évite délibérément de stipuler un positionnement théorique au début de l'étude* » (Yin, 1994, p. 27). Or, dans notre cas, la théorie a joué un rôle essentiel dès le début de la recherche, dans la construction de l'objet de la recherche, pour l'élaboration du design de la recherche, mais aussi pour la construction de nos unités d'analyse et de nos catégories (ou axes d'analyse), nous l'avons vu. Nous ne pouvons dès lors pas fondamentalement nous réclamer d'une telle posture : l'évaluation des résultats générés par la thèse doit tenir compte de cette divergence de positionnement. Examinons alors plus avant les hypothèses sous-jacentes à la démarche afin d'étudier la nature des connaissances produites par la recherche.

4. L'ANCRAGE CONSTRUCTIVISTE DE LA THÈSE

Les choix que nous avons faits dans la recherche, tant sur le plan empirique, méthodologique, qu'analytique résultent d'une posture épistémologique spécifique sur laquelle nous souhaitons ici revenir (4.1). Ce n'est qu'une fois cette posture explicitée que nous pourrions réfléchir à la validité des connaissances produites (4.2).

4.1. Une posture constructiviste

Ce travail de recherche s'inscrit dans une perspective épistémologique intermédiaire entre positivisme et interprétativisme. C'est à ce titre que nous nous réclamons d'une posture constructiviste. Toutefois, au regard de la diversité des significations que recouvre aujourd'hui cette posture (Avenier et Gavard-Perret, 2008), nous allons ici préciser les hypothèses sous-jacentes à notre démarche¹²⁴.

¹²⁴ Les grandes catégories étudiées sont issues des trois axes d'analyse d'une posture épistémologique proposés par Giordano (2003, p. 25).

4.1.1. Nature de la réalité observée

Une des hypothèses fondamentales sur laquelle repose ce travail est que la réalité n'est pas accessible de façon objective par le chercheur (Wacheux, 1996). Elle est en effet construite en situation à mesure que les acteurs expérimentent le monde qui les entoure : on peut dire que « *l'environnement se construit dans les représentations des acteurs* » (*id.*, p. 43). De ce fait, il n'existe non pas une réalité mais une multitude de réalités socialement construites (Avenier et Gavard-Perret, 2008) et en interaction. Les deux unités d'analyse au cœur de la thèse s'inscrivent tout à fait dans cette perspective. Nous avons ainsi souligné dans le chapitre précédent la nature émergente de la situation de gestion (Girin, 1990a ; 1983a) et de l'agencement organisationnel (Girin, 1995) qui se co-construisent mutuellement¹²⁵. La situation émerge du « *jeu de connexion* » (Journé et Raulet-Croset, 2008, p. 30) entre les acteurs, les objets et les événements. La situation de gestion renvoie ainsi toujours à un point de vue subjectif, elle est un « *monde environnant expérimenté* » (Dewey, 1993, p. 128). L'agencement organisationnel permet quant à lui d'appréhender l'organisation telle qu'elle se construit en situation : l'objet de la thèse est alors d'examiner de quelles façons les acteurs, en agissant en situation, reconstruisent cet agencement organisationnel. Toutefois, nous considérons dans ce travail qu'il existe des institutions ou des structures qui préexistent aux acteurs et que ceux-ci, par leurs actions, font évoluer : on ne nie pas, en effet, l'existence d'un monde objectif mais ce monde est expérimenté par les acteurs et c'est à travers l'examen de ces représentations que l'on peut se saisir du phénomène qui nous intéresse. Ainsi, c'est à partir des ressources organisationnelles à disposition des acteurs que ces derniers reconstruiront l'agencement organisationnel en situation : l'environnement contient des contraintes qui vont rendre l'action possible mais aussi la structurer. On est en ce sens proche de la perspective défendue par Miles et Huberman (2003) qui, se réclamant d'un « *réalisme transcendantal* » (p. 16), affirment que « *les significations et les intentions humaines sont élaborées à l'intérieur des infrastructures de ces structures sociales - structures invisibles mais nonobstant bien réelles* » (p. 16) mais ne remettent pas pour autant en question « *l'importance du subjectif* » (p. 17).

4.1.2. Relations entre le chercheur et l'objet étudié

La génération de connaissances sur le phénomène qui nous intéresse appelle dans une telle posture épistémologique à une interaction prolongée du chercheur avec son terrain. On

¹²⁵ C'est ainsi notamment sur la base de la nature construite des objets auxquels nous nous intéressons dans la thèse que nous nous réclamons d'une posture constructiviste (Giordano et Jolibert, 2008).

peut véritablement dans notre cas parler d'une « *co-construction* » (Giordano, 2003, p. 23) de l'objet et du design de la recherche. On a vu en effet de quelle façon les questions de recherche ont émergé des données, de l'interaction prolongée avec les acteurs du terrain (entretiens et observations). Pour autant, nous avons joué un rôle actif dans la construction de l'objet de recherche à travers la mobilisation que nous avons faite de la littérature : nous avons montré de quelle manière le concept d'agencement organisationnel puis celui de situation de gestion ont structuré la question de recherche au cœur de la thèse. La méthodologie de recherche s'est elle-même construite en deux temps. C'est à la suite d'une première campagne d'entretiens qu'il s'est révélé particulièrement utile, en rapport avec l'objet de recherche qui émergeait de nos données, d'aller mener de façon complémentaire des séquences d'observations *in situ*. Nous avons ainsi mis en évidence, dans ce chapitre, le processus itératif fait d'aller-retour entre le terrain, la théorie et l'analyse des données qui a caractérisé notre approche. Nous avons donc montré l'influence mutuelle du terrain et du chercheur sur l'objet et le design de la recherche. Il apparaît plus fondamentalement qu'un des principes au cœur de la posture constructiviste est celui de « *non-séparabilité entre l'observateur et le phénomène observé* » (Avenier et Gavard-Perret, 2008, p. 24). C'est effectivement dans cette perspective que ce travail de thèse s'inscrit : bien consciente des biais qu'occasionnait notre seule présence sur le phénomène étudié, nous avons dans ce chapitre essayé de les faire apparaître très distinctement. L'objectif, nous l'avons montré, n'était pas alors d'adopter une posture neutre mais plutôt de tirer profit de notre présence sur le terrain aux côtés des acteurs pour enrichir l'analyse.

Cette posture épistémologique a également des impacts importants sur la stratégie d'accès au réel retenue : pour saisir le phénomène qui nous intéresse, il va s'agir d'accéder aux représentations que les acteurs se font du réel, par leurs discours (c'est dans cette perspective que nous avons réalisé des entretiens) et d'une façon plus générale par toutes leurs manifestations visibles (recours à l'observation) (Wacheux, 1996). Il faut par ailleurs recueillir des données plus « objectives » sur la façon dont le réel est façonné par l'organisation. L'étude de l'instrumentation gestionnaire et des dispositifs architecturaux est sur ce point particulièrement éclairante : dans notre travail, nous avons pour cela examiné les photographies et les documents recueillis au cours des observations (une démarche qui ne nous permet pas d'accéder au monde « objectif » proprement dit mais à la représentation de la réalité portée par l'organisation).

4.1.3. Le projet de connaissance

Dans une posture constructiviste, « *le chercheur produit des explications qui ne sont pas la réalité, mais un construit sur une réalité susceptible de l'expliquer* » (Wacheux, 1996, p. 43). Effectivement, la finalité de la thèse est de construire une représentation de la réalité sous l'angle de l'objet de recherche qui a émergé de l'interaction avec le terrain¹²⁶ : il s'agit de comprendre et d'expliquer un phénomène particulier qui nous intéresse par la théorisation, à partir de l'observation de faits. Mais il ne s'agit pas seulement dans ce travail de décrire pour comprendre : l'objectif est bien également de remonter vers des questions de conception. Le projet de « construction » est dès lors bel et bien au cœur de la recherche. Nous cherchons ainsi, nous l'avons déjà signalé auparavant, à aboutir dans ce travail à une théorie de l'organisation qui explique le phénomène étudié et qui puisse se décliner en propositions concrètes de façon à améliorer la capacité de l'organisation à coordonner les pratiques, particulièrement lorsque surgissent des aléas.

Compte-tenu de la posture épistémologique dans laquelle s'inscrit ce travail et de la démarche méthodologique adoptée, analysons à présent la nature des connaissances produites dans la thèse.

4.2. Evaluer les connaissances produites

Nous chercherons ici à questionner la validité des connaissances produites à la fois sur le plan interne et externe, compte-tenu de la posture constructiviste adoptée. Revenons au préalable sur le caractère prétendument inductif de la démarche que nous allons ici discuter.

4.2.1. Le caractère « abductif » de l'approche

La méthodologie retenue se fonde donc sur une étude empirique permettant de construire par un processus itératif des connaissances sur un phénomène ayant émergé des données. A ce titre, nous pouvons la qualifier de démarche inductive. Or, ce type d'approche est fréquemment critiqué quant à la validité (ou encore la scientificité) des résultats produits. Chalmers (1987), par exemple, revient dans son ouvrage sur les limites de ce qu'il appelle l'« *inductivisme naïf* ». D'après lui, la science qui se fonde sur l'observation des faits ne peut prétendre à une quelconque validité scientifique. En effet, elle pose problème dans la mesure où l'absence de préjugés est mise en exergue, lorsque le chercheur aborde le terrain :

¹²⁶ Nous agissons par là de façon indirecte sur le réel à travers l'élaboration d'une représentation mentale de celui-ci (David, 2000).

« *l'observateur scientifique (...) doit rendre compte fidèlement de ce qu'il voit, entend, etc., en accord avec la situation qu'il observe, et doit être dénué de tout préjugé* » (Chalmers, 1987, p. 23). Or, le chercheur ne peut se confronter au terrain vierge de présupposés : son expérience et son savoir antérieur vont nécessairement éveiller en lui des attentes qui impacteront les observations réalisées. Effectivement, nous avons montré au préalable le rôle joué par la théorie tout au long de la recherche, de la construction de l'objet de recherche à l'analyse des données recueillies. Dès lors, davantage que de l'induction, la démarche adoptée au cours de cette recherche se rapproche de l'« *abduction* » (David, 2000), mouvement ascendant et descendant qui oscille entre données empiriques et considérations théoriques dans la construction de connaissances nouvelles. Ainsi, nous pensons que la validité des résultats de l'étude repose pour partie sur la mobilisation de théories. Celles-ci ont permis d'éclairer ou d'expliquer les données empiriques, elles ont orienté notre regard vers un phénomène particulier et ont constitué le cadre d'analyse au cœur de ce travail. Elles ont également permis une « *confrontation permanente des faits recueillis aux concepts étudiés* » (Wacheux, 1996, p. 214) améliorant par là la validité à la fois interne et externe des connaissances produites. Ce sont ces deux aspects que nous allons à présent étudier.

4.2.2. La validité interne de l'étude

La validité interne de l'étude consiste d'une façon très générale à s'assurer « *qu'on a correctement procédé aux mesures, sans introduire de biais, et qu'on a bien saisi le phénomène étudié et pas un autre, et qu'on l'a saisi dans sa totalité* » (Avenier et Gavard-Perret, 2008, p. 27). Toutefois, dans une posture constructiviste, la réalité (et donc le phénomène observé) étant construite par les acteurs au fur et à mesure qu'ils expérimentent le monde, « *il n'y a pas « une » réalité objective à découvrir* » (Demers, 2003, p. 176) : de ce fait, la validité interne consiste surtout à « *s'assurer du caractère plausible de l'interprétation construite par le chercheur en interaction avec les participants* » (*id.*). Du fait de sa proximité avec l'objet étudié, l'étude de cas se voit généralement concéder une validité interne importante (Giroux, 2003). Revenons néanmoins sur la façon dont nous avons cherché à garantir la validité interne de notre recherche.

Nous avons montré dans ce chapitre de quelle manière nous avons entrepris de limiter les biais liés à la relation entre observateur et observé, aussi bien dans les entretiens (poser des questions larges pour ne pas influencer la réponse de l'acteur, par exemple) que dans les observations (nous avons mis en exergue les différentes difficultés et sources d'interrogation propres à la méthode et la façon dont nous avons tenté de les résoudre). Au cours de la recherche, nous nous sommes, en outre, assurée de la rigueur de la

démarche à travers la construction d'une grille d'observation qui a constitué un repère important lors du recueil des données. La triangulation des données devait elle-même nous permettre d'appréhender le phénomène dans sa globalité.

Par ailleurs, une restitution du diagnostic de l'étude préalable réalisée par l'équipe de recherche auprès des différents groupes de travail et des personnels rencontrés en entretien (voir encadré n°1) a permis de confirmer nos premières hypothèses et ainsi de tester « *l'acceptation interne* » (Wacheux, 1996, p. 84) de nos explications. La pertinence de la question de recherche placée au cœur de la thèse a notamment été validée lors de cette rencontre. Enfin, les résultats de la recherche ont été éprouvés au fur et à mesure de la collecte des données, lorsque notre compréhension du phénomène étudié se faisait plus précise, à travers des « *boucles de contrôle* » (Wacheux, 1996, p. 43) par lesquelles nous testions nos hypothèses auprès des personnels rencontrés dans les entretiens et au cours des observations.

4.2.3. La généralisation des résultats : la « *généralité analytique* »

La validité externe d'une recherche concerne la capacité des connaissances produites d'être généralisée à d'autres contextes. Or, l'étude de cas est souvent critiquée sur cet aspect (Yin, 1994) puisque « *son caractère particulier vient mettre en doute sa capacité de généralisation des résultats* » (Giroux, 2003, p. 43). Toutefois, en nous situant dans une posture constructiviste, nous assumons pleinement ce qui peut apparaître au départ comme une lacune de la méthode : il s'agit en effet, par la recherche, d'élaborer une représentation de la réalité au regard de l'objet de recherche étudié, lui-même co-construit avec les acteurs du terrain. Ainsi, « *ces représentations sont censées être fonctionnellement adaptées au but pour lequel elles ont été élaborées* » (Avenier et Gavard-Perret, 2008, p. 27). Evaluer la validité externe de la recherche consiste dès lors davantage à s'assurer que ses résultats ont « *un pouvoir explicatif qui dépasse le cadre de l'étude de laquelle ils émanent* » (Groleau, 2003, p. 238). Dans cette perspective, la thèse a privilégié la « *généralité analytique* » à la « *généralité statistique* » (Yin, 1994, p. 10). Nous n'avons pas cherché à réaliser d'autres études de cas (d'autant plus qu'on a vu les difficultés à étudier le phénomène dans d'autres établissements au regard de la spécificité du terrain de recherche, les frontières entre le phénomène étudié et son contexte étant mal délimitées dans l'étude de cas (Yin, 1994), rappelons-le) mais avons plutôt privilégié le travail d'analyse. Ainsi, nous avons fait état du caractère original de la démarche de traitement des données et des nombreuses formes d'« *écritures intermédiaires* » (Achard, 1994) qu'a suscitées l'analyse, afin de nous permettre de monter en abstraction à partir du matériau empirique. La généralisation du travail de thèse est donc avant tout théorique :

nous avons cherché, par l'étude de cas, à produire un savoir théorique susceptible d'éclairer la pratique. Comme le suggère David (2003), le degré de généralisation de la recherche doit dès lors être évalué à l'aune d'un double processus, d'abstraction (construire une théorie plus large, plus générale que le cas *stricto sensu*) puis de contextualisation (élaborer des conjectures sur ce à quoi l'on pourrait s'attendre dans d'autres contextes).

*

Dans cette section, nous avons cherché à donner au lecteur une idée de la démarche adoptée pour s'assurer de la validité tant interne qu'externe des connaissances produites, étant donnée la posture constructiviste retenue. Nous avons ainsi insisté sur le rôle joué par la théorie, nous conduisant à qualifier la démarche d'« *abductive* » (David, 2000) plus que d'inductive, et avons montré que la préoccupation première de la thèse concerne la généralisation théorique (Yin, 1994 ; David, 2003) davantage que statistique. D'une façon plus générale, nous nous sommes attachée, dans ce chapitre méthodologique, à expliciter de façon transparente l'approche adoptée dans cette recherche afin que le lecteur puisse juger de la nature des connaissances produites. Au terme de ce chapitre, nous espérons être parvenue à démontrer la cohérence de la méthodologie telle que nous l'avons construite avec l'objet de notre recherche et le cadre théorique mobilisé, dans la posture épistémologique qui est la nôtre.

Compte-tenu de la démarche méthodologique que nous venons d'exposer, nous nous proposons maintenant d'entrer au sein de la clinique que nous avons étudiée et de présenter les principaux résultats de la recherche. Nous développerons dans le prochain chapitre la grille d'analyse de l'activité au bloc opératoire que nous avons bâtie à partir de ce dispositif pour, dans les chapitres suivants, décrire l'agencement organisationnel qui se construit au sein de chacune des situations que nous aurons identifiées.

Résumé du chapitre 3

Dans ce chapitre, nous présentons le design de la recherche élaboré à l'aune de la **posture constructiviste** dont nous nous réclamons dans ce travail. Nous nous attachons à démontrer la cohérence de notre méthodologie avec cette posture épistémologique, l'objet de notre recherche et le cadre théorique mobilisé dans la thèse et présenté au chapitre 2.

Nous montrons que la recherche s'inscrit dans une **perspective qualitative** et soulignons le caractère itératif de la démarche qui s'apparente finalement à une **démarche d'abduction** (David, 2000), faite d'aller-retour entre le matériau empirique et la théorie, entre le recueil et l'analyse des données, à la fois dans la construction de l'objet de recherche et dans la production de connaissances nouvelles.

Nous précisons les choix empiriques que nous avons faits - **l'étude de cas enchâssée** (Yin, 1994) - et la stratégie d'accès au réel retenue : **l'observation *in situ***, complétée par des entretiens réalisés dans une perspective proche de celle de l'« *entretien compréhensif* » (Kaufman, 2007) ainsi que par une analyse des documents collectés. Il s'agit par cette méthodologie d'étudier en profondeur le phénomène qui nous intéresse à partir d'un matériau empirique varié.

Nous nous attachons dans ce chapitre à faire preuve de transparence en exposant les difficultés rencontrées et la façon dont nous avons cherché à limiter les biais, et notamment deux critiques fréquemment mises en évidence dans l'étude de cas (David, 2003) : le manque de rigueur et le faible degré de généralisation des résultats. Dans cette perspective, nous présentons la grille d'observation élaborée et les différentes réflexions qu'ont suscitées chez nous les périodes de recueil des données, notamment concernant la relation observateur-observé. Nous signalons en outre que nous avons **priviliégié une généralisation analytique** (Yin, 1994 ; David, 2003) à une **généralisation statistique**, au moyen d'un important travail d'analyse des données nous permettant de monter en abstraction vers la théorie. Nous présentons ici le **caractère original de la démarche : l'opérationnalisation des concepts d'agencements organisationnels** (Girin, 1995) et de **situations de gestion** (Girin, 1990a ; 1983a) au sein d'une grille d'analyse que nous avons entièrement bâtie et à partir d'un codage « descendant ».

PARTIE 2 :

RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

CHAPITRE 4 :

VERS UNE GRILLE DE LECTURE DE L'ACTIVITÉ : RETOUR SUR LES SPÉCIFICITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Créée en 2003, la clinique est particulièrement révélatrice du phénomène d'industrialisation des soins étudié dans le premier chapitre de la thèse. Elle est en effet le fruit du regroupement de trois structures privées de la région, dont les activités étaient complémentaires (cardiovasculaires, digestives et orthopédiques). Face à des dépenses croissantes, l'objectif de la fusion était de bénéficier d'économies d'échelle en mutualisant les moyens à la fois médico-techniques, soignants et logistiques à disposition des différents établissements, et notamment au niveau du plateau technique qui regroupe des dispositifs extrêmement coûteux. Du fait de sa constitution récente, la clinique dispose d'une structure moderne tant sur le plan de la conception architecturale des bâtiments que des technologies employées (équipements médicaux et systèmes d'information). Ce n'est toutefois pas sa seule particularité. Le capital de l'établissement est en effet intégralement détenu par les médecins de l'établissement. La clinique est en outre particulièrement engagée dans la tentative de rationalisation du flux. Ce sont ces différentes spécificités que nous nous proposons ici de mettre en perspective en dressant un portrait précis du cas général auquel nous nous sommes intéressée (la clinique) et des deux cas enchâssés que nous avons étudiés en son sein (les blocs opératoires).

Ainsi, nous nous attacherons dans une première section à réaliser un tour d'horizon des locaux et des technologies employées. Nous verrons que si l'organisation de l'espace de travail repose sur des critères de qualité et de sécurité des prises en charge, elle est également fortement concernée par des enjeux d'efficience. Dès lors, dans une seconde section, nous nous intéresserons à ce qui constitue selon nous le caractère singulier du cas étudié en rapport avec l'objet de notre recherche : la tentative extrêmement poussée de rationalisation du flux. Nous montrerons que l'optimisation du processus de prise en charge soulève deux problématiques majeures pour l'établissement. D'une part, la coordination, et plus particulièrement les échanges d'information, revêt un enjeu majeur. Il s'agit de s'assurer que les acteurs disposent de l'ensemble des informations nécessaires à la réalisation de leur travail. D'autre part, la présence d'événements qui jalonnent le parcours du patient vient constamment perturber l'organisation du flux et les possibilités de blocage sont rendues extrêmement importantes compte-tenu de la rationalisation du processus. Il s'agit alors de soutenir les acteurs dans la prise en charge de ces événements. La mise en évidence de cette double problématique nous conduira à proposer une grille d'analyse de l'activité à partir de laquelle nous décrirons, dans les prochains chapitres, les agencements organisationnels qui se construisent au sein de chacune des situations de travail que nous aurons identifiées.

1. UN ÉTABLISSEMENT « A LA POINTE » : TOUR D'HORIZON DES LOCAUX ET DES TECHNOLOGIES EMPLOYÉES

Nous nous attacherons dans cette section à décrire avec précision le cas étudié dans la thèse. Nous chercherons notamment à montrer que l'architecture de l'établissement est tournée vers la recherche de gains de productivité tout autant que le respect des contraintes en matière de qualité et de sécurité des soins. Nous présenterons dans un premier temps d'une façon très générale la clinique investiguée (1.1) et l'environnement au sein duquel elle est implantée. Nous préciserons dans un second temps notre propos en décrivant le contexte immédiat des deux blocs opératoires étudiés : le plateau technique (1.2). Enfin, la troisième partie sera consacrée à la présentation des deux cas enchâssés auxquels nous nous sommes ici intéressée (1.3).

1.1. La clinique dans son ensemble

L'établissement est implanté au sud d'une grande agglomération, à proximité du centre-ville. C'est une structure de taille moyenne qui accueille pourtant plus de soixante milles patients par an, du fait d'une durée moyenne de séjours (DMS) relativement faible (en 2004, elle était de 3,7 jours). La clinique possédait une capacité d'accueil de 350 places à son ouverture, auxquelles sont venus s'ajouter 160 lits en 2008, lors d'une extension. Il est également à noter la création d'un service des urgences au sein de la clinique en 2004, ce qui n'est pas sans influence sur le sujet qui nous intéresse, cette unité introduisant un flux d'événements supplémentaires dans l'activité de l'établissement. La clinique comptabilise plus de 730 salariés dont près de 80 % de soignants. Une centaine de médecins-libéraux y exercent également aujourd'hui, tous dotés d'un statut d'actionnaire. Ce statut des praticiens, à la fois libéral et actionnaire, n'est pas sans conséquences sur la situation de l'établissement : les médecins-actionnaires sont plus attentifs à pérenniser leur outil de travail qu'à dégager de la valeur immédiate sur les actions détenues. De ce fait, l'architecture comme les matériels/outils utilisés sont récents et participent largement à soutenir l'activité des acteurs, nous le verrons par la suite. La clinique dispose d'une certaine visibilité sur le plan national : à plusieurs reprises citée dans le tableau d'honneur de classements nationaux, elle a été maintes fois sollicitée pour participer à des études financées par le ministère de la Santé.

Dans le but de proposer une prise en charge globale du patient sur un même lieu, le site sur lequel est installée la clinique accueille un autre établissement, spécialisé en imagerie et cancérologie. Un laboratoire d'analyses médicales y est également implanté. Un bâtiment est par ailleurs dédié aux consultations. Indépendant de la structure, il dispose

d'un hall d'accueil propre mais se trouve relié au bâtiment principal par une galerie à deux niveaux. L'accès à la clinique proprement dit s'effectue par un petit parvis au sein duquel patients et personnels se trouvent mêlés dans une certaine agitation : les malades et leurs accompagnateurs arrivés par leurs moyens personnels ou par le biais d'ambulances spécialisées, rencontrent des patients désireux de s'oxygéner ou des membres du personnels venus là pour prendre une pause. Mais une fois la large porte coulissante franchie, le contraste est saisissant. Le visiteur est aussitôt frappé par l'atmosphère de confort et de calme, de profonde maîtrise qui domine ici. Plus qu'une clinique, les lieux dégagent l'impression d'un hall d'hôtel. Le sol est recouvert d'une épaisse moquette rouge, et d'accueillantes hôtesse, situées derrière un large comptoir en bois, orientent dans la structure tout patient ou membre de la famille qui se présente. Cet accueil situé au rez-de-chaussée de l'établissement constitue le point d'entrée et de sortie pour l'ensemble des hospitalisations : c'est en ce lieu que la trajectoire virtuelle du malade est activée. Le système d'information à disposition des agents est un support essentiel dans cette tâche. Il s'agit ici notamment de recueillir l'identité du patient, un élément clé pour la suite de sa prise en charge (examens, chirurgie...). Derrière l'accueil, une salle de restauration commune aux personnels et aux accompagnateurs des patients a été créée. La sensation de calme est ainsi rompue lors des périodes de repas où une foule se presse dans le hall pour aller se restaurer. Le rez-de-chaussée dispose aussi de salles de réunions et une porte à accès restreint conduit les personnels à des vestiaires situés à un étage inférieur puis à un parking souterrain. Les étages supérieurs accueillent les services d'hébergement de chirurgie ou de médecine. Une aile du bâtiment est par ailleurs dédiée à la chirurgie ambulatoire¹²⁷, nous y reviendrons par la suite. Suite à de récents travaux, les services administratifs se sont quant à eux vus installer dans une autre aile du bâtiment. Enfin, au premier étage se trouve le plateau technique de l'établissement dans lequel nous nous proposons à présent de pénétrer.

1.2. Le plateau technique

L'accès au plateau technique est restreint aux acteurs disposant d'un badge particulier. Il s'effectue par une petite porte coulissante donnant sur un service de soins au premier étage, ou par le biais d'ascenseurs dédiés aux personnels, fonctionnant au moyen d'un code, et qui entrent directement au sein du plateau technique. Une fois les portes franchies, c'est toujours cette impression de modernité mais aussi celle de propreté et de

¹²⁷ Le service ambulatoire accueille des patients aux pathologies diverses mais qui ne nécessitent pas d'hospitalisation à la suite de leur chirurgie : ces patients sortent de la clinique le jour même de leur admission. Le service ambulatoire est donc fermé la nuit.

maîtrise qui accompagne le visiteur dans sa découverte des lieux. Il parcourt alors de larges et silencieux couloirs dont le sol et les murs sont recouverts de lino afin d'en faciliter le nettoyage. Des protections pour les chaussures sont disponibles à l'entrée du plateau, afin de garantir l'asepsie des locaux en toutes circonstances (y compris pour les visiteurs occasionnels qui n'auraient pas les sabots adéquats).

En passant devant les ascenseurs, le couloir débouche sur un bloc particulier, fruit d'une extension récente de la clinique : le bloc stomatologie-ORL. Celui-ci est attenant à la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) de quelques postes qui lui est attribuée, appelée plus couramment « salle de réveil ». De l'autre côté, le couloir longe les vestiaires, passages obligés des acteurs lorsqu'ils arrivent le matin et repartent le soir : il existe en effet un vestiaire par bloc avec des casiers et les tenues d'usage (charlotte, masque, blouse bleue, sabots). Un peu plus loin se trouve le bureau du responsable du plateau technique, lieu de rencontres plus ou moins formelles entre les responsables de bloc qui y disposent d'un poste informatique dédié et d'un cahier de transmission. La poursuite de la visite conduit à passer devant l'espace consacré aux brancardiers au sein du plateau. Ceux-ci se sont vus installer une table dans le couloir, sur laquelle a été mis à leur disposition un poste informatique. Ne disposant pas d'un espace fermé propre, ils ont véritablement réinvesti cette partie du couloir : les programmes opératoires de la journée sont affichés sur un mur et, au fur et à mesure de la journée, les brancardiers rayeront les opérations pour lesquelles ils ont déjà effectué les descentes de patients, leur permettant ainsi de se coordonner entre eux par écrit ; lors des moments de répit et quant ils se retrouvent en nombre important, ils utilisent les brancards en attente dans le couloir pour s'asseoir. Enfin, le couloir débouche sur quatre blocs opératoires. On distingue sur la gauche deux secteurs principaux, l'un qualifié de « mou » (viscéral et digestif, vasculaire, que nous nommerons « bloc digestif ») et l'autre de « dur » (orthopédie et ophtalmologie que nous appellerons « bloc orthopédie »), encadrant une zone de chirurgie locorégionale de 6 postes et deux salles de réveil de 14 postes, chacune spécifique à un des deux blocs mais conjointes et reliées entre elles par une porte ce qui permet aux équipes de passer d'une salle à l'autre afin de s'ajuster à l'activité. Sur la droite, on aperçoit deux blocs qui occupent une surface plus restreinte : l'un de cardiologie-vasculaire interventionnelle (que nous appellerons « bloc cardiologie ») et l'autre spécialisé dans les activités d'endoscopie et de soins externes (que nous nommerons « bloc ambulatoire ») qui travaille principalement avec le service ambulatoire de 35 places, accessible directement (liaison de plain pied) depuis le plateau technique, afin d'optimiser les flux de patients. Ces deux blocs se partagent pour leur part une autre salle de réveil de 11 postes (photo n°1) dont 3 sont

aménagés pour les compressions et les suites à donner aux actes de coronarographie et angioplastie (réalisés au sein du « bloc cardiologie »).

Photo n°1 - Une salle de réveil du plateau technique



Au centre du plateau technique, mais qui n'est pas visible depuis le couloir (pièce fermée et hermétique à accès restreint), se trouve également la stérilisation, lieu de décontamination, d'aseptisation et de conditionnement du matériel, et qui dessert l'ensemble des blocs. Ce service souffre aujourd'hui de la faible place qui lui a été octroyée dans la conception architecturale du plateau technique, face à une activité croissante. Un agent de stérilisation nous confiait ainsi en entretien que « *les conditions de travail sont devenues difficiles par rapport au lieu* », tandis que son responsable dénonçait : « *Les lieux, c'est plus qu'exigu, les locaux sont petits, un gros manque de laveurs* ».

Hormis la stérilisation, les acteurs de l'ensemble des autres unités du plateau technique s'accordent sur la qualité des conditions matérielles dans lesquelles ils travaillent. L'accent est mis sur la technicité des matériels mis à disposition, sur la taille des espaces dans lesquels ils évoluent... : « *J'étais venu visiter avant, j'avais trouvé ça super beau, tout était neuf, très technique* » (infirmière de bloc) ; « *Les locaux sont agréables, on a du matériel, les salles de réveil sont agréables* » (aide-soignante de bloc). L'outillage informatique est notamment particulièrement mis en exergue au bloc opératoire, nous y reviendrons par la suite. D'autres moyens de communication ont également été implantés sur le plateau technique. Il en est ainsi du système de pneumatique qu'a retenu la clinique et qui permet le transport de petit volume, principalement utilisé pour envoyer des prélèvements biologiques au laboratoire dont nous avons au préalable fait état. Ces

prélèvements présentent en effet parfois un caractère d'urgence puisqu'ils vont déterminer si la salle d'intervention a ou non été contaminée (intervention en « septique ») et si elle est, de fait, condamnée pour la suite du programme, ce qui appelle à des changements d'organisation, nous le verrons ultérieurement. L'existence d'un tel système de manutention est donc source de gain de temps considérable pour les personnels dans les cours d'action. Ainsi, on le voit à travers cet exemple, la conception architecturale du plateau technique doit répondre à des enjeux de rapidité, de gestion des flux tout autant que de sécurité et d'hygiène, deux contraintes qui ne semblent pas incompatibles. C'est notamment dans cette optique que l'ensemble de l'activité du plateau technique est regroupé au niveau 1 de la clinique, contrairement à de nombreux établissements hospitaliers dans lesquels l'activité chirurgicale s'étend sur différents étages. Ce regroupement des blocs opératoires et des services connexes dans une « unité de lieux » doit favoriser la mutualisation des moyens à la fois matériels et humains au sein du plateau technique. Au cours de nos observations, un anesthésiste constatait ainsi que cet agencement architectural « permet l'anti-tragédie. (...) Nous qui sommes nombreux, on peut se venir en aide les uns et les autres », notamment en cas d'événements. La prise en charge du patient au sein du plateau technique s'effectue à travers un circuit « simple »¹²⁸ : à sa sortie de la salle de réveil, le patient effectue le même trajet que celui par lequel il a été conduit au bloc opératoire. Compte-tenu de ce choix, et pour garantir l'asepsie des lieux, la clinique a adopté un système de transfert du patient entre deux brancards dans la prise en charge chirurgicale : les brancards « jaunes » sont ainsi distingués des brancards « gris », les premiers permettant d'assurer le transport des services de soins à l'entrée du bloc opératoire, les seconds ne sortant jamais du bloc opératoire et réalisant le trajet jusqu'à la salle d'intervention.

A présent que nous avons établi l'agencement des lieux du plateau technique d'une façon générale, intéressons-nous à présent aux deux blocs opératoires que nous avons étudiés, le bloc « orthopédie » et le bloc « cardiologie ».

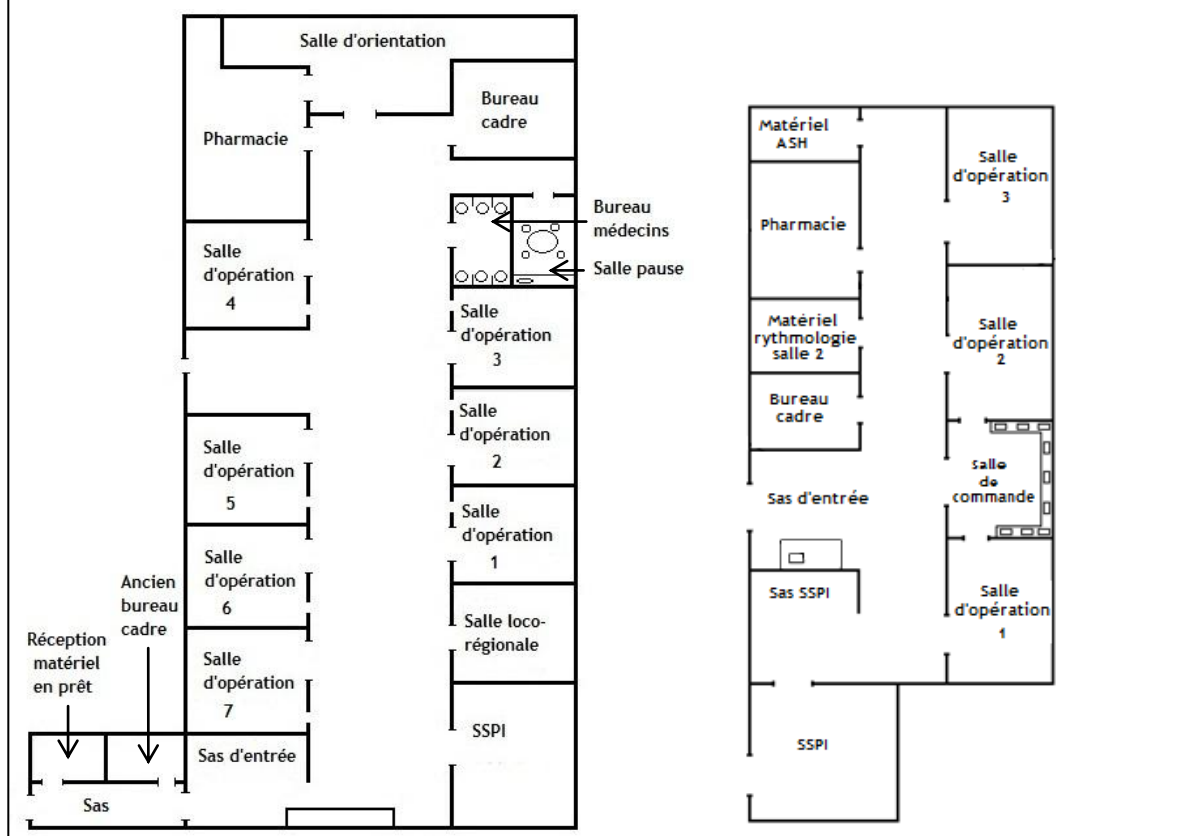
¹²⁸ Par opposition au « circuit double » qui concerne aussi bien les patients que le matériel, les déchets, etc. Le « circuit double » consiste à séparer les flux d'entrées des flux de sorties, sans qu'il n'y ait de possibilités de croisements entre ces deux flux. Toutefois, ce circuit est progressivement abandonné dans les établissements hospitaliers car il occupe une large surface du plateau technique sans qu'il n'ait été prouvé qu'il garantisse une meilleure asepsie des locaux (Source : Ministère de la Santé et des Solidarités (2006), « Nouvelles organisations et architectures hospitalières »).

1.3. Les blocs opératoires orthopédie et cardiologie

La sensation éprouvée lorsqu'on pénètre au sein d'un bloc opératoire est très particulière. L'on touche ici au caractère presque « sacré » de l'activité de soins : la chirurgie. A nouveau cette impression de modernité, de propreté, de grande technicité nous saisit. Mais l'atmosphère ressentie dépend aussi grandement du moment où l'on franchit les portes du bloc. Le matin ou le soir, avant que les interventions n'aient commencé ou lorsqu'elles sont terminées, l'ambiance est plus détendue. La figure centrale du bloc, le médecin, n'est notamment pas présente lors de ces périodes. Dans ces moments, le visiteur douterait presque de se trouver au sein d'un bloc opératoire car des éclats de rire et des bribes de conversations personnelles lui parviennent depuis les différentes salles qu'il est en mesure d'observer. Lorsque le programme opératoire est en cours, l'atmosphère est bien différente. Plusieurs temps sont de nouveau à distinguer. Il y a d'une part les périodes d'intervention proprement dites. Les couloirs sont alors désertés, le bloc opératoire est réduit au silence. Seuls les sons des appareils (notamment les moniteurs de surveillance) se font entendre dans les couloirs. A l'inverse, entre deux interventions, les couloirs s'emplissent, les acteurs se croisent et s'interpellent, le temps semble s'accélérer puisqu'il faut à la fois ranger et préparer l'intervention suivante. C'est aussi une période propice à la sollicitation des médecins pour régler les problèmes restés en suspens, nous le verrons par la suite. Cette phase d'intensification est à son zénith lors des moments d'urgence : les moniteurs s'alarment, des cris et des appels résonnent dans les couloirs, tandis que des infirmières traversent le bloc au pas de course.

La figure suivante (figure n°9) présente le plan des deux blocs que nous allons tâcher de décrire avec précision dans la suite de notre propos :

Figure n°9 - Plan du bloc orthopédie (à gauche) et du bloc cardiologie (à droite)



L'entrée au sein des deux blocs que nous avons étudiés s'effectue par un sas dans lequel les patients attendent d'être amenés en salle d'intervention. Ce sas est systématiquement équipé d'un petit bureau sur lequel est installé un poste informatique principalement alimenté par le brancardier au bloc orthopédie mais consulté et renseigné par l'ensemble de l'équipe au bloc cardiologie (voir photo n°2).

Photo n°2 - Le sas d'entrée patient au bloc cardiologie et les outils à disposition des acteurs



En orthopédie en effet, et à la différence de la cardiologie, le sas d'accueil des patients est séparé du reste du bloc opératoire par une porte coulissante. Au sein de celui-ci, on aperçoit sur la droite une salle de radiologie qui permet de procéder aux examens de contrôle à l'issue d'une intervention. Les patients y sont amenés depuis la salle de réveil, soit encore endormis, soit juste avant d'être remontés dans leur chambre. Sur la gauche, se trouvent une petite salle de réception du matériel commandé à des laboratoires (matériel de prêt) pour des interventions spécifiques, et surnommée « *l'exotique* », ainsi que l'ancien bureau du responsable du bloc. Dans la conception architecturale du plateau technique, les bureaux des responsables ont ainsi été pour la plupart positionnés à l'extérieur du bloc opératoire, ce qui soulève d'importantes difficultés en matière de gestion de proximité. Sur cet aspect, l'ancienne responsable du bloc orthopédie¹²⁹ nous confiait en entretien : « *Mon bureau n'est pas au milieu du service, quand il y a des conflits je ne les entends pas toujours, c'est un problème, j'ai le sentiment d'être isolé* ». L'ancienne responsable des soins et du plateau technique¹³⁰ expliquait quant à elle qu'« *un cadre de proximité doit être extrêmement présent sur le terrain. Il se passe beaucoup de choses dans les salles d'opération ou dans le couloir de bloc. (...) Il y a un gros problème, les bureaux des cadres ne sont pas au bon endroit. Le bureau du cadre est au niveau du sas « Entrée patient », à 50m du bloc. Pour moi le bureau du cadre a un emplacement stratégique* ». Pour remédier à ce problème, le nouveau responsable en orthopédie a installé son bureau au cœur du bloc en réaménageant une des salles d'intervention restée vacante. En cardiologie, le sas patient est directement intégré au bloc opératoire. Il en est de même du bureau du responsable qui se situe sur la gauche, une fois dépassé ce sas d'accueil. Au sein des deux blocs, ce sas débouche sur un couloir qui conduit aux salles d'intervention, mais également à la pharmacie, à la salle de réveil, et à un espace commun de travail (appelé « *salle d'orientation* » en orthopédie et « *salle de commande* » en cardiologie) dont nous verrons le rôle central joué dans la coordination de l'activité.

La conception architecturale semble avoir été particulièrement réfléchie dans l'optique de soutenir l'activité effective des deux blocs, et les contraintes que chacun doit supporter ;

¹²⁹ L'ancienne responsable du bloc orthopédie a démissionné tandis que nous réalisons notre première étude (« climat social »). Elle a été remplacée par le responsable d'un autre bloc, celui de stomatologie-ORL.

¹³⁰ L'ancienne responsable des soins et du plateau technique a quitté ses fonctions à la suite de la réorganisation de la clinique dont nous avons fait état dans le chapitre 3. Elle ne fut pas remplacée, ses deux adjoints ayant accédé, par le biais de notre première étude, à la responsabilité du plateau technique pour l'un et à celui des services d'hospitalisation pour l'autre. Le responsable du plateau technique démissionnera à son tour en décembre 2010 et sera remplacé par un ex-responsable de soins de l'établissement. Cet important turn-over témoigne de la réelle difficulté de tenir un poste de management au sein du plateau technique de l'établissement.

l'accent est particulièrement mis sur la recherche de l'optimisation des déplacements des acteurs.

Encadré n°4 - L'optimisation des déplacements par la conception des espaces de travail (Bloc cardiologie)

Couloir du bloc opératoire. Une infirmière revient de la salle de réveil. Au passage, elle attrape des draps propres qui sont disposés dans le couloir, juste à la sortie de la salle de réveil, ce qui permet de les prendre pour couvrir la table d'opération pour le patient suivant dès que le patient précédent a été accompagné en salle de réveil. Elle les ramène en salle 2.

Comme le révèle cet extrait, les ressources nécessaires de façon routinière au travail des acteurs (draps pour couvrir le patient et la table d'opération, lavabos pour se laver les mains avant l'intervention afin d'appliquer les protocoles d'hygiène en vigueur, matériels communs à tous les examens, *etc.*) sont disposées de manière stratégique au sein des blocs opératoires : dans le couloir, à la sortie des salles d'opérations ou de la salle de réveil, ils sont placés sur le passage des personnels selon la trajectoire qu'ils doivent accomplir au moment où ils seront amenés à mobiliser ces ressources, de manière à économiser des temps de déplacement supplémentaires. De fait, les couloirs sont larges afin d'entreposer de manière provisoire ou définitive ces différents matériels (caddys, brancards...) sans entraver le passage (voir photo n°3). Ils autorisent également la circulation à plusieurs sans se gêner.

Les portes des salles d'intervention des deux blocs sont en partie vitrées, ce qui facilite la coordination visuelle, nous y reviendrons, et l'ouverture de celles-ci est automatisée mais nécessite toutefois d'appuyer sur un interrupteur : ce dispositif favorise une ouverture facile et rapide des salles, ce qui constitue un soutien non négligeable aux personnels lorsqu'ils font entrer un patient en salle (manœuvre du brancard parfois difficile), mais participe également de l'hygiène et de la sécurité des prises en charge puisque la présence de l'interrupteur (et non l'ouverture automatique par détecteur de présence) empêche que les portes ne s'ouvrent lorsque l'on passe devant, notamment si une intervention est en cours. En outre, au bloc orthopédie (dans lequel s'effectue une activité qualifiée de chirurgie « *propre* ») où les contraintes d'aseptisation sont importantes, davantage qu'en cardiologie où les acteurs peuvent circuler d'une salle à une autre même lorsque les interventions ont commencé, des « *trappes* » ont été disposées dans chaque salle, permettant de communiquer et de passer du matériel sans ouvrir la porte (voir photo n°4). En orthopédie, une salle, située au centre du bloc et donc à proximité de l'ensemble des

lieux d'intervention, a été aménagée en bureau pour les médecins. Ce n'est pas le cas pour les médecins de cardiologie, un choix architectural qui n'est pas sans conséquence sur la coordination du bloc, nous y reviendrons. Le positionnement de ce bureau relève là encore d'une logique d'efficacité : aussitôt l'intervention terminée, les médecins laissent la plupart du temps l'aide-opérateur recoudre le patient et se rendent dans ce lieu, qui s'est vu pourvoir de six postes informatiques, pour rédiger leur compte-rendu opératoire, afin de débiter au plus vite l'intervention suivante.

Photo n°3 - Vue du couloir en entrant au bloc orthopédie

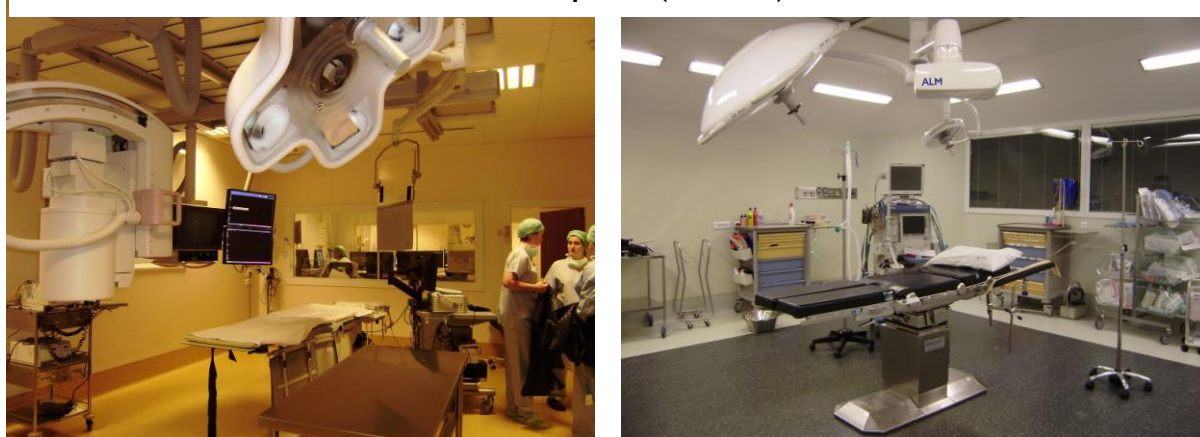


Photo n°4 - L'entrée d'une salle d'intervention au bloc orthopédie



Ce couloir mène donc à titre principal aux différentes salles d'intervention des blocs, toutes spacieuses et très bien équipées (photos n°5). Le secteur orthopédie comptabilise six salles d'intervention en service auxquelles s'ajoute une septième salle réservée à l'ophtalmologie ; le bloc cardiologie, plus restreint, dispose de trois salles d'intervention, chacune réservée à une spécialité bien particulière (coronarographie et angioplastie, rythmologie (pose de pacemakers), etc.). Ces différences en termes d'organisation de l'espace ne sont pas sans impact sur les questions qui nous intéressent : nous verrons que les modes de coordination diffèrent entre les deux blocs au regard de la taille de chacun ; en outre, chaque salle étant affectée à une spécialité au bloc cardiologie, les médecins n'ont pas la possibilité de travailler sur plusieurs salles simultanément de façon à gagner du temps dans la réalisation de leur programme opératoire, à l'inverse du bloc orthopédie où ce système (appelé « *rotation des salles* ») constitue une préoccupation majeure pour les acteurs, nous y reviendrons largement dans la suite de notre propos.

Photos n° 5 - Vue d'une salle d'intervention au bloc cardiologie (à gauche) et au bloc orthopédie (à droite)



Les salles d'intervention disposent toutes de caddies réservés à l'anesthésiste et d'un espace dédié aux panseuses, comprenant un poste informatique, et un chariot. Au centre, on trouve la table d'intervention, le scialytique (système d'éclairage) situé juste au-dessus, et à proximité le respirateur. Les salles du bloc cardiologie sont équipées de machines supplémentaires (notamment un angiographe numérisé disponible dans chaque salle) et dans l'une d'entre elles, le poste réservé à la panseuse est situé derrière une large vitre, afin de la protéger des rayons utilisés au sein de cette zone.

En fonction des procédures réalisées, l'équipement de la salle d'intervention est sans cesse réajusté. Les acteurs se rendent pour cela dans un espace de stockage du matériel, approvisionné par la pharmacie de la clinique, et qualifié d'« *arsenal* » par les personnels. Le renouvellement des stocks est soutenu par un outil de coordination particulier, le « *système plein-vide* », dont nous traiterons ultérieurement. Au bloc orthopédie, une partie du matériel est également entreposé dans un vaste espace situé au fond du couloir et qui offre une vue de l'ensemble des salles d'intervention : la « *salle d'orientation* » (photo n°6), dans laquelle travaillent conjointement deux infirmières détenant des postes particuliers, l'une affectée à la gestion du matériel (« *l'infirmière de caddies* »), l'autre à l'organisation du bloc (« *la coordinatrice* »), nous y reviendrons largement par la suite. Nous constaterons notamment que ce local constitue l'espace de travail central de l'équipe et qu'il joue un rôle essentiel dans l'organisation et la coordination des membres, du fait des équipements dont il est doté. A l'entrée de cette salle, sur la droite, un bureau et un poste informatique ont été installés. Au dessus, plusieurs documents sont accrochés, et spécifiquement la version papier du programme opératoire de la journée, qui va constituer le principal outil de travail et de « médiation » au bloc orthopédie, nous le verrons ultérieurement. Le mur est également tapissé de diverses formes de post-its et autres feuilles contenant des informations de tout genre, alimentés par chacun, y compris

par le responsable (numéro de téléphone à composer, éléments à ne pas oublier, changements d'horaires, etc.). Cette salle, dans laquelle se déroule la plus grande partie des interactions d'ordre privé, se fait le témoin de l'ambiance de l'équipe et des relations interpersonnelles qui se sont établies entre les membres : confiseries disponibles sur le bureau, photographies de groupe, dessins humoristiques accrochés au mur, etc.

Photo n° 6 - Vue depuis l'espace central de travail au bloc orthopédie



En cardiologie, il n'y a pas d'équivalent proprement dit de cet espace, mais une salle destinée au pilotage des interventions en cours va jouer un rôle similaire dans la coordination du bloc : la « *salle de commande* » (photos n°7). Elle n'offre en revanche pas les mêmes possibilités de stockage du matériel. Et puisque les médecins de ce bloc opératoire ne disposent pas d'un lieu dédié dans lequel ils peuvent rédiger leur compte-rendu, c'est dans cette salle de commande, sur un des nombreux postes informatiques disposés dans cet espace, qu'ils s'installeront entre deux interventions. Cette salle est située au cœur du bloc cardiologie, en face du sas d'entrée. C'est un espace entièrement vitré, qui encadre deux des trois salles d'interventions du bloc. Cet observatoire permet de superviser les procédures, mais aussi d'effectuer diverses manipulations sur les interventions en cours, depuis les postes informatiques disponibles. De petites portes permettent d'accéder directement aux deux salles d'opération sans avoir besoin de repasser par le couloir. Celles-ci restent parfois ouvertes lorsque des procédures sont en cours. Toutefois, les interventions qui se réalisent ici nécessitent l'usage de rayons X : dans ce cas, les personnels sont contraints de porter des tenues particulières pour limiter l'exposition (tablier de plomb, cache-thyroïde), les portes sont fermées, et des détecteurs lumineux situés dans la salle de commande s'allument pour indiquer l'utilisation de rayon dans la salle et l'interdiction d'y entrer sans protection. Le programme opératoire papier

n'est pas accroché dans cet espace proprement dit, mais est situé sur un pan de mur à la sortie de la salle. Celle-ci présente un caractère plus impersonnel par rapport à la salle d'orientation, véritablement réinvestie par les personnels, ce qui s'explique sans doute en grande partie par la présence des médecins dans ce lieu.

Photos n° 7 - La salle de commande (à gauche) et vue depuis la salle de commande sur une salle d'intervention (à droite)



Au sein du bloc cardiologie, le couloir mène aussi à deux petites salles qui n'existent pas au bloc orthopédie : une salle dans laquelle l'agent de service affectée à cette zone sur la semaine peut entreposer son matériel ; un local, situé en face de la salle d'intervention n°2, qui entrepose du matériel spécifique à l'activité réalisée dans celle-ci (rythmologie) et qui fait également office de bureau pour l'anesthésiste en charge sur la période. Au bloc orthopédie, on trouve en revanche une salle de pause (photo n°8) qui n'existe pas en cardiologie, nous le verrons par la suite. C'est une vaste salle dotée de plusieurs tables, d'un évier, d'une machine à café, et dans laquelle on trouve toujours de la nourriture diverse. Plusieurs pèles-mêles relatent des événements inhérents à la vie du groupe (noël, mariage...). Cette salle est utilisée par les membres du personnel tout autant que les médecins. Le responsable y entre peu en revanche, les pauses entre managers de proximité se déroulant principalement dans le bureau du responsable du plateau technique.

Photo n° 8 - La salle de pause en orthopédie



Enfin, le couloir mène dans les deux blocs à la salle de réveil qui lui est attribuée. En cardiologie, un sas particulier de transition a été conçu pour accueillir des malades dans un état fragilisé ou pour réaliser des procédures spécifiques qui ne nécessitent pas d'entrer en salle d'opération (par exemple : les chocs électriques). Celui-ci est doté de plusieurs postes d'accueil des patients (pour qu'ils soient placés sous surveillance). La proximité avec la salle de réveil permet que les infirmières de SSPI puissent elles aussi superviser les malades installés dans ce sas.

*

Les deux blocs opératoires étudiés présentent donc des similarités : ils disposent d'équipements « à la pointe » ; ils sont tous deux organisés dans une perspective d'optimisation de l'activité et adaptés aux contraintes d'hygiène en vigueur. La description de ces lieux nous a toutefois conduite à mettre l'accent sur d'importantes différences entre ces deux blocs opératoires en matière de conception et d'organisation des espaces de travail (taille des blocs ; salle de commande/salle d'orientation ; existence ou non d'une salle de pause ; présence de trappes en orthopédie, etc.). Nous verrons que ces divergences ne sont pas sans impact sur les questions de coordination qui nous intéressent ici. Mais la conception des espaces de travail n'est pas la seule différence observée entre les deux blocs opératoires : l'activité même qui s'effectue en leur sein les distingue. En effet, tandis que le bloc orthopédie réalise des actes chirurgicaux, l'activité au bloc cardiologie s'apparente davantage à de la médecine interventionnelle. Les patients sont généralement opérés sous anesthésie générale au bloc orthopédie, davantage sous anesthésie locale en cardiologie. Les interventions sont plus courtes au bloc cardiologie et les procédures extrêmement aléatoires, nous aurons l'occasion de le voir par la suite. La

gestion du matériel est elle-même très différente entre les deux blocs opératoires : le bloc orthopédie travaille de façon très importante avec la stérilisation ; en cardiologie, le matériel utilisé est à titre principal à usage unique et les acteurs sont ainsi surtout en lien avec la pharmacie. Le tableau ci-dessous synthétise les principales différences observées entre les deux cas enchâssés que nous avons étudiés :

Tableau n°9 - Principales différences observées entre les deux blocs opératoires étudiés

Bloc orthopédie	Bloc cardiologie
<p>Taille importante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7 salles + 1 locorégionale • 18 IDE + aides-opérateurs propres à chaque chirurgien + 3 ASH/jour 	<p>Taille réduite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 salles • 14 IDE (dont aides-opérateurs) + 1 ASH/jour
Salle d'orientation (absence des médecins) ; salle de pause au bloc	Salle de commande (présence des médecins) ; absence de salle de pause au bloc
Système de rotation des salles	Salles réparties par spécialité : pas de système de rotation de salles
Interventions longues, standardisées, programmables	Interventions courtes, procédures aléatoires, nombreux ajouts
Patients lourds (anesthésie générale)	Patients sous anesthésie locale
Beaucoup de matériel (lien avec stérilisation)	Essentiellement du matériel à usage unique

2. L'OPTIMISATION DU FLUX PATIENT, UN DOUBLE ENJEU POUR LE MANAGEMENT : LE PARTAGE DES INFORMATIONS ET LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS

Si l'établissement que nous avons étudié se distingue sur le plan matériel par une architecture moderne et une haute technicité dans les équipements déployés, l'organisation adoptée constitue une autre spécificité de la clinique. La volonté du management d'optimiser le flux patient s'est en effet traduite par la programmation rigoureuse de l'activité à travers la mise en œuvre d'un service particulier : l'ordonnancement. C'est cette particularité que nous souhaitons examiner dans cette section. Nous reviendrons dans une première partie sur la façon dont l'établissement s'est attaché, ces dernières années, à optimiser le processus de prise en charge des patients (2.1). La seconde partie de cette section mettra en évidence l'existence d'un double enjeu pour le management de l'établissement dans ce contexte de rationalisation économique (2.2). Nous concluons la section en proposant une grille d'analyse de l'activité fondée sur ces considérations.

2.1. Une programmation rigoureuse du flux patients

En tant qu'établissement privé, la majeure partie de l'activité de la clinique étudiée relève des chirurgies programmées, à la différence des hôpitaux qui accueillent chaque jour un grand nombre de patients non-programmés (Rapport « Nouvelles organisations et architectures hospitalières », 2006). A ce titre, l'organisation d'une journée opératoire découle d'un processus complexe, à la fois de planification et de programmation de l'activité, faisant intervenir une multitude d'acteurs, et prenant principalement appui sur un outil informatique orienté vers cette préoccupation. Le logiciel d'organisation du bloc (le programme opératoire) et de l'hébergement (recensement des lits disponibles) est ainsi intégré au circuit patient informatisé (le « plan de soins » : heure d'entrée, de passage, actes à effectuer et médicaments à donner...) : *« Nous ici c'est vraiment une réflexion sur le dossier de soin, c'est à partir du dossier médical qu'on s'organise. (...) On prend un dossier de soins, et parce que je vais mettre un rendez-vous de bloc opératoire, ça va aller au bloc opératoire et le bloc va s'organiser avec ça en déroulant. Dans le dossier de soin je vais mettre donc un rendez-vous d'hospitalisation rattaché, et on va faire de la gestion de flux. (...) donc c'est un support unique »* (responsable service ordonnancement). L'objectif est ici d'organiser l'activité programmée de manière à optimiser les ressources de l'établissement, dans un contexte marqué par la rationalisation économique. C'est dans ce cadre qu'un service particulier a vu le jour : l'ordonnancement. Son responsable, s'exprimant sur l'existence même de ce service, nous confiait ainsi : *« Et puis bah là de toute façon avec les restrictions budgétaires qui sont nationales, (...) du coup, ça a encore*

plus de sens, l'ordonnancement. Quand il y a de l'économie... Parce que de toute façon, l'économie, on peut chercher à vouloir optimiser à moindre frais, là on est sur autre chose. Faut augmenter euh les rentrées en limitant les dépenses, donc c'est encore plus important. Voilà. Donc l'ordonnancement va de soi hein ».

L'organisation de l'activité chirurgicale concerne deux processus principaux qu'il nous faut distinguer : la planification et la programmation.

La planification de l'activité chirurgicale a récemment été confiée au service ordonnancement. Sur ce sujet, le responsable de cette unité expliquait : « *Dès 2003, la révolution c'était de dire par rapport à avant hein, les chirurgiens ils avaient leur salle, leur panseuse, ils décidaient, ils rentraient au bloc comme ils voulaient, voilà. (...) Là, on savait déjà que ça allait grossir, donc on a dit « on va faire autrement » et pour pas qu'il y ait de conflits avec les gens du bloc, c'est pour ça, ordo. Donc, on va déjà structurer, c'est-à-dire qu'on va donner déjà, (...) tel praticien, il va travailler tel jour et tel jour (...). Donc il y a eu déjà une planification, ce qu'on appelle. Au minimum, hein. Pour qu'il y ait un peu du programme tous les jours ».* La planification consiste donc à définir par avance et sur une semaine les vacations de chaque praticien (nombre, jour). Il s'agit également d'arrêter les horaires d'ouverture des salles d'intervention, donc les créneaux sur lesquels il est possible de programmer des interventions. Au sein de la clinique, l'activité programmée se déroule sur 5 jours, du lundi au vendredi (à ce sujet, une réflexion est en cours pour programmer des interventions le samedi). Les règles telles qu'elles ont été fixées stipulent que le programme opératoire doit être réalisé entre 8h (heure d'arrivée du chirurgien dans la salle) et 18h30 (heure de sortie du patient de la salle d'opération). Enfin, la planification définit les modalités de gestion des périodes de sous-activité, afin d'anticiper les fermetures de lits voire de services (en cas de sous-activité anticipée, la clinique, en fermant des services, réduit aussi le nombre de personnels soignants, hôteliers, et l'effectif de brancardiers qui travaillent ce jour là, donc ajuste ses coûts à l'activité réelle) : il s'agit ici notamment de fixer, en accord avec les praticiens, des délais que ces derniers sont tenus de respecter pour informer le service ordonnancement d'une éventuelle absence (prévenir 1 mois à l'avance) ou de leurs congés annuels (information à transmettre au service 3 mois à l'avance).

Une fois ces règles de fonctionnement définies, la plus grande partie du travail d'organisation de l'activité concerne la programmation des journées opératoires, jour après jour et semaine après semaine. La programmation d'une intervention débute par une consultation médicale entre un praticien et un patient. Le médecin fixe une date d'intervention, une heure d'entrée dans l'établissement et éventuellement l'heure à

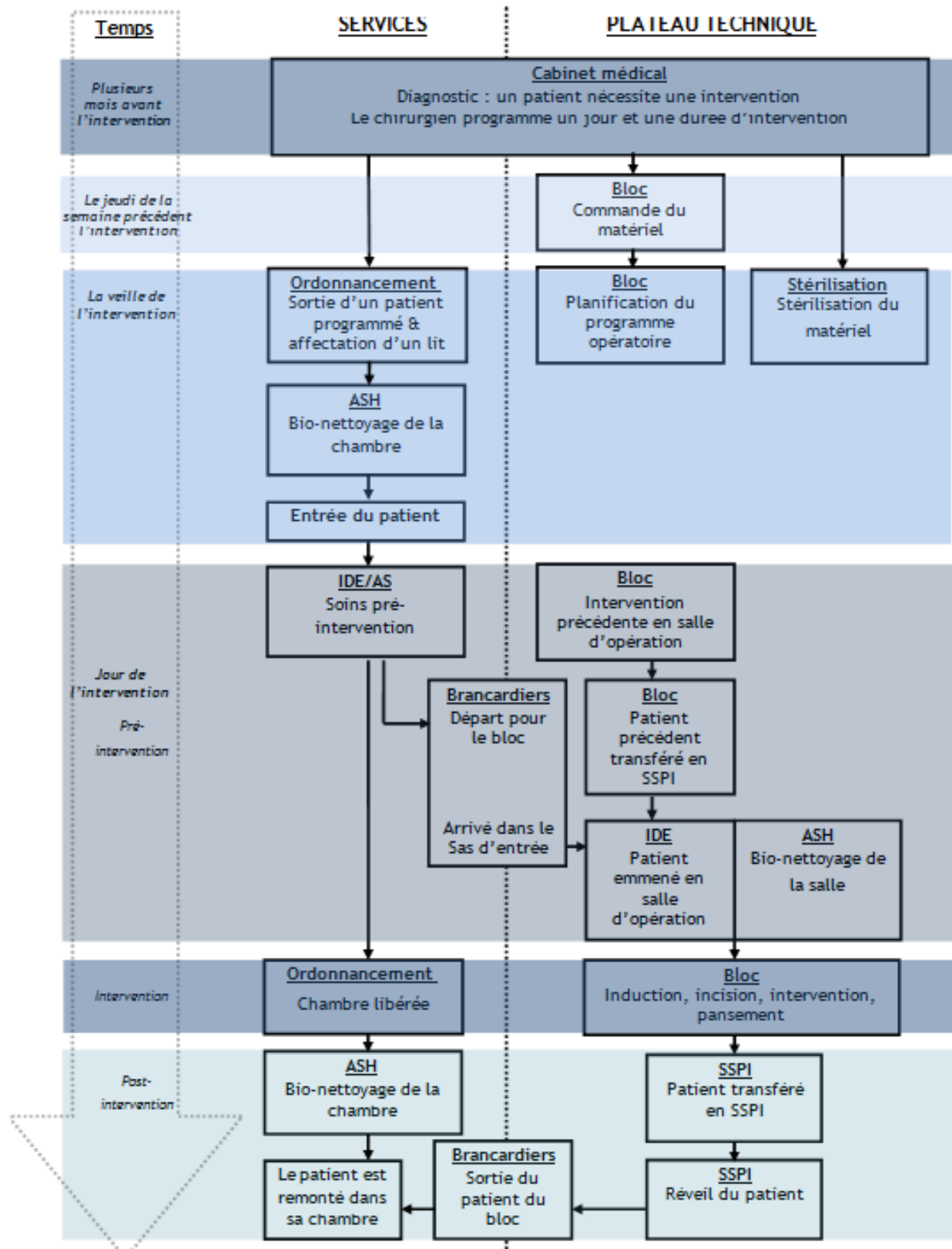
laquelle il prévoit d'opérer ce malade. Cette information est transmise par le cabinet médical au service ordonnancement, et la règle veut qu'elle soit systématiquement communiquée le jeudi avant 14h de la semaine précédant l'intervention pour que la procédure soit considérée comme faisant partie de l'activité programmée : *« A 14h le jeudi (...), on considère que le programmé pour la semaine prochaine tout est bouclé, tout est fait. Donc nous à 14h, on les imprime, on les sort, et puis... Et c'est à partir de ça aussi qu'on fait le prévisionnel. C'est-à-dire que et c'est ça qu'est intéressant c'est de voir le prévisionnel et le réel »* (assistante du service ordonnancement). Toute modification survenant après le jeudi 14h doit être communiquée au service ordonnancement pour qu'il donne son accord (exemple : ajout qui sera qualifié de *« non-programmé »*, changement d'heure...). Compte-tenu de cette activité prévisionnelle, le responsable du bloc opératoire a la charge d'y affecter les moyens nécessaires : il va ainsi définir puis ajuster les plannings des membres de son équipe, et se charger de la gestion du matériel (s'assurer que le bloc est bien en possession du matériel nécessaire à la procédure, commander auprès de laboratoires le matériel manquant (le jeudi précédant la semaine de l'intervention), le réceptionner et le faire stériliser). La veille de l'intervention, le responsable de bloc établit les programmes opératoires définitifs : les procédures sont ordonnées et se voient affecter une salle d'opération. Une pleine liberté peut être laissée par le praticien au responsable de bloc dans l'ordonnancement des interventions mais un grand nombre de médecins définissent encore eux-mêmes l'ordre de passage des différents patients laissant peu de marges de manœuvre aux managers sur cet aspect, nous le verrons par la suite. En dehors des patients accueillis en ambulatoire, les malades qui doivent subir une intervention chirurgicale entrant systématiquement la veille de la procédure, le service ordonnancement va également leur affecter une chambre et un lit. Le programme opératoire est ainsi finalisé : nom du patient et du médecin le prenant en charge (auquel ont été affectés des membres du personnel), heure de passage au bloc, salle d'intervention, numéro de chambre et de lit occupé. C'est aussi principalement la veille de l'intervention que le service de stérilisation procède à l'aseptisation des matériels nécessaires à la procédure.

A leur entrée dans l'établissement, les patients sont accueillis par le bureau des admissions qui applique le règlement en vigueur (notamment contrôle de l'identité sur la base de la carte d'identité). L'hôtesse d'accueil alimente l'outil informatique en indiquant l'heure à laquelle le patient se présente, et les personnels de l'hospitalisation sont ainsi informés de l'arrivée imminente du malade dans leur service : *« Ça permet dans le service de soin, parce que ça on a mis en place pour supprimer les appels téléphoniques, de voir puisque vous voyez les codes couleurs, en bleu c'est qu'ils vont arriver, quand ils sont en*

noir, c'est qu'ils sont présents, et en vert c'est qu'ils sont sortants. Donc le service qui avait une entrée prévue à 19h, quand il passe en, en noir à 18h50, ils savent qu'il va arriver dans le service 20 minutes plus tard le temps qu'il fasse son admission » (responsable ordonnancement). Les patients sont ensuite accueillis dans le service de soin concerné et sont installés dans une chambre. Le jour de l'intervention, les malades sont préparés (douche à la bétadine, rasage, tenue de bloc...) pour l'heure à laquelle la procédure est fixée dans le programme opératoire. Ils reçoivent notamment des personnels du service la prémédication. Ils sont ensuite descendus au bloc opératoire par le brancardier correspondant et sont accueillis dans le sas patient dont nous avons fait état. Avant d'être pris en charge dans une salle d'intervention, les personnels du bloc opératoire s'emploient à sortir le patient précédent et à nettoyer et préparer la salle pour la procédure. Il faut dans le même temps réaliser l'accueil du patient. Ce n'est qu'une fois toutes ces étapes effectuées que le patient entre en salle pour être opéré. A sa sortie, il sera conduit en salle de réveil puis remonté dans le service de soin par le brancardier lorsque l'anesthésiste du bloc aura donné son accord. Toutefois, pour être raccompagné dans sa chambre, il faudra encore que cette dernière soit effectivement disponible et prête : le problème ne se pose pas pour les patients qui conservent la même chambre mais, à des fins économiques¹³¹, la clinique procède au cours d'une journée à de nombreuses « mutations », c'est-à-dire à des changements de chambre ce qui induit un travail supplémentaire extrêmement lourd pour les personnels des services de soins. Un responsable d'une unité d'hospitalisation constatait ainsi : *« C'est très, très important comme travail sur les ASH surtout comme on est en privé par exemple on peut très bien l'ordonnancement n'a plus de chambres seules, faire rentrer quelqu'un en chambre double par exemple ce soir (...) il va rentrer en chambre double. Il va partir au bloc demain, il va remonter dans une autre chambre, en chambre seule parce qu'il avait demandé une chambre seule. Donc en attendant, il faut refaire la chambre et là où il va aller là aussi, il faut nettoyer la chambre. Donc voilà. Et pendant le séjour euh, ça peut recommencer, il peut rechanger »*. Le schéma ci-dessous (figure n°10) synthétise nos propos en retraçant le processus de prise en charge d'un patient programmé dont le traitement implique une intervention chirurgicale, depuis l'organisation de cette procédure jusqu'à la sortie du patient du plateau technique et lorsqu'une « mutation » est prévue (cas d'organisation le plus complexe) :

¹³¹ La facturation d'une chambre seule est plus rémunératrice que la facturation d'une chambre double pour un établissement de soin.

Figure n° 10 - Processus de prise en charge d'un patient programmé



2.2. Un double enjeu pour le management de la clinique

La description de l'ensemble de ces étapes, de la prise en charge chirurgicale d'un patient jusqu'à la fin de son intervention, attire l'attention sur un double enjeu pour le management de la clinique : d'une part, la coordination de l'activité et, d'autre part, la gestion des perturbations, au regard des potentialités de blocages induites par la grande interdépendance entre les unités.

2.2.1. La maîtrise du circuit d'information

De multiples services et au sein de chacun, de multiples fonctions, vont en effet prendre en charge successivement ce patient, dans des lieux et à des temporalités diverses. La coordination entre ces différents acteurs revêt donc un caractère primordial dans l'activité de soins. Il s'agit ici d'assurer la liaison physique entre ceux-ci et le brancardier joue sur cet aspect un rôle fondamental. Il s'agit par ailleurs et surtout de favoriser le partage des informations afin que chacun soit en possession des connaissances nécessaires à la bonne réalisation de son travail mais aussi à des fins de traçabilité, compte-tenu des contraintes réglementaires en vigueur dans cette activité de soins. Or, un acteur occupe une place centrale dans la prise en charge du patient au sein des établissements de santé, d'une manière générale : le médecin. C'est lui en effet qui établit la trame de soins lors de la consultation du patient, une information dont découle toute l'organisation de l'activité. Et lorsqu'une décision doit être prise concernant le patient, parce que la trame préétablie est insuffisante ou incorrecte par rapport à la situation réelle, il est le seul acteur apte à trancher sur ces questions, du fait des savoirs médicaux qu'il détient. Un véritable enjeu pour le management de l'établissement relève ainsi de l'organisation des flux d'informations et de l'association des médecins aux dispositifs déployés. Il s'agit à la fois de partager des informations sur le patient et les actes réalisés dans les différents services mais également sur l'organisation à venir : définir les actes à effectuer, les contraintes (notamment délais) et les modalités de réalisation (qu'il faut organiser à partir de ces informations : planning des personnels, commande de matériel...), et enfin les responsabilités octroyées à chacun dans la prise en charge (quel interlocuteur contacter, etc.).

L'organisation du circuit d'information implique d'aménager des espaces et des temps de rencontre entre les différents acteurs (et notamment les médecins) mais aussi de déployer des outils de collecte des informations adossés à des procédures d'alimentation ou de consultation de ces dispositifs (qui doit transmettre l'information, par quel moyen et à quel moment de la prise en charge ?). Ce dernier aspect apparaît primordial dans l'organisation du flux d'information, comme le soulignait le responsable ordonnancement lors d'un entretien :

« Si je récupère des informations (...), je les récupère qu'à partir du moment où la règle est définie ».

Finalement, la maîtrise du circuit d'information touche à la question des pouvoirs dont le management dispose pour exhorter chacun à partager les données qu'il possède, et nécessaires à la réalisation du travail d'autres acteurs. Or, dans la clinique investiguée, la place centrale tenue par le médecin ne procède pas seulement de la fonction que celui-ci occupe mais tient également au statut qu'il possède dans l'organisation. Les praticiens de la structure en sont également les actionnaires et disposent à ce titre d'un pouvoir considérable : « Je pense que les médecins ici ont beaucoup de poids, beaucoup de poids dans cette clinique » (Brancardier). Tantôt acteur majeur des soins, tantôt « *grands patrons* », ce statut atypique rend particulièrement délicat le travail d'organisation entrepris par les responsables de l'établissement : « *Manager des toubibs, c'est très dur. Ce sont des gens qui réalisent des prouesses tous les jours, il faut les aider. (...) Vous savez la différence entre Dieu et un chirurgien ? Dieu, il sait qu'il n'est pas chirurgien !* » (Ex-Directeur de l'établissement¹³²). La difficulté concerne notamment cette activité de collecte de l'information, et les médecins se révèlent pleinement conscients de ces problématiques, en témoigne un chirurgien qui s'exprimait ainsi lors d'un entretien : « *Comment voulez-vous faire obéir des médecins ? Le directeur lui-même est salarié. Personne ne peut me dire : écris tes prescriptions, sinon dehors, ou sinon tu ne seras pas payé à la fin du mois* » (Chirurgien). La maîtrise du circuit de l'information est d'autant plus complexe pour le management que les médecins sont présents au quotidien auprès des équipes, en salles d'intervention, à la différence du responsable de proximité, nous en reparlerons par la suite.

2.2.2. La gestion des événements

Par ailleurs, le schéma proposé précédemment met en exergue les possibilités de blocage extrêmement fortes induites par l'interdépendance de ces différents services. Compte-tenu du système en place qui cherche à optimiser l'usage des ressources par rapport à l'activité programmée, les délais de réalisation des actes dans chaque service sont extrêmement serrés et, s'ils ne sont pas tenus par l'une ou l'autre de ces unités du fait d'un quelconque dysfonctionnement, les répercussions se font sentir sur l'ensemble de la chaîne. Ainsi, si les services de soins prennent du retard sur la préparation d'un malade, c'est l'ensemble des

¹³² Le pouvoir des médecins-actionnaires dans la structure sera particulièrement manifeste en 2009 lorsque le Directoire procédera à la réorganisation de l'activité afin de reprendre en main la gouvernance de la clinique, nous l'avons vu au préalable (chapitre 3, encadré n°1) : 3 pôles (production de soins, DAF/DIM, ressources humaines et organisation générale) seront ainsi créés, tous directement placés sous l'autorité d'un membre du Directoire. Cette réorganisation entraînera le départ d'une grande partie des membres du comité de direction.

interventions chirurgicales restantes et programmées pour la journée qui sera déstabilisé. De la même façon, à l'issue de l'opération, si la chambre du patient n'est pas prête, ou si le brancardier concerné n'est pas disponible pour raccompagner le patient dans le service d'hospitalisation (les mêmes brancardiers ont à charge de descendre les patients au bloc et de les remonter dans les services), la salle de réveil peut se trouver bloquée. Avec elle, c'est aussi le bloc opératoire qui se trouve impacté puisque si la salle de réveil est pleine, les patients venant d'être opérés ne peuvent être dirigés vers celle-ci et les personnels sont alors contraints de les garder en salles d'intervention. Ils ne sont dès lors plus en mesure de poursuivre le programme opératoire et d'accueillir de nouveaux patients. Une infirmière de salle de réveil déplorait ainsi, employant un vocabulaire qui n'est pas sans rappeler celui de l'industrie : « *On fait énormément d'interventions par jour, c'est l'usine. Des fois on n'a plus de lits pour accueillir les patients, on doit garder les patients plus longtemps en salle de réveil parce que les transferts ne se font pas (...). L'impression que j'en ai c'est qu'on travaille à flux tendu, on n'a pas vraiment de marge pour pallier aux imprévus* ».

Or, des imprévus ou des dysfonctionnements surviennent en permanence dans cette activité de soins. Ils concernent notamment l'objet même du travail, le patient, dont l'évolution de la maladie est toujours imprévisible. Cette catégorie d'événements est extrêmement importante en nombre au sein de la clinique puisqu'elle intègre les urgences : la clinique ayant ouvert un service d'urgence en 2004, les blocs opératoires doivent au quotidien faire face à des ajouts de patients. La singularité du patient peut en elle-même impacter la procédure à réaliser (par exemple : impossibilité de transférer le patient sur un brancard du fait de son état fragilisé, modes d'anesthésie différents, etc.), qui constitue une deuxième catégorie d'événements identifiée. Et au-delà du patient, les perturbations peuvent être le fait des ressources humaines qui œuvrent pour sa guérison, personnels tout autant que praticiens. Il peut ici s'agir d'absences ou de retards des membres de l'équipe prévus sur le planning des personnels de la journée. Ces événements proviennent aussi des singularités de pratique des médecins dont les demandes vont parfois à l'encontre de l'organisation telle qu'elle a été programmée. Ainsi, tandis qu'une infirmière de bloc faisait remarquer que « *tel chirurgien va utiliser tel labo, va installer son patient de telle manière... il y a plein de choses propres à chaque chirurgien, des petits détails mais pour eux qui sont très importants* », un agent de stérilisation dénonçait : « *Tel chirurgien a tel boîte, il veut sa boîte et pas une autre boîte. C'est au bon vouloir du chirurgien* ». Le matériel constitue en lui-même une source de perturbation extrêmement importante au bloc opératoire, tant la gestion de celui-ci est lourde et complexe. Il peut s'agir de dysfonctionnements liés à la réservation du matériel, à des problèmes de stérilisation (sachet ouvert, instrument qui tombe et qui n'est donc plus stérile,...), à des pannes de machines, etc. Un agent de

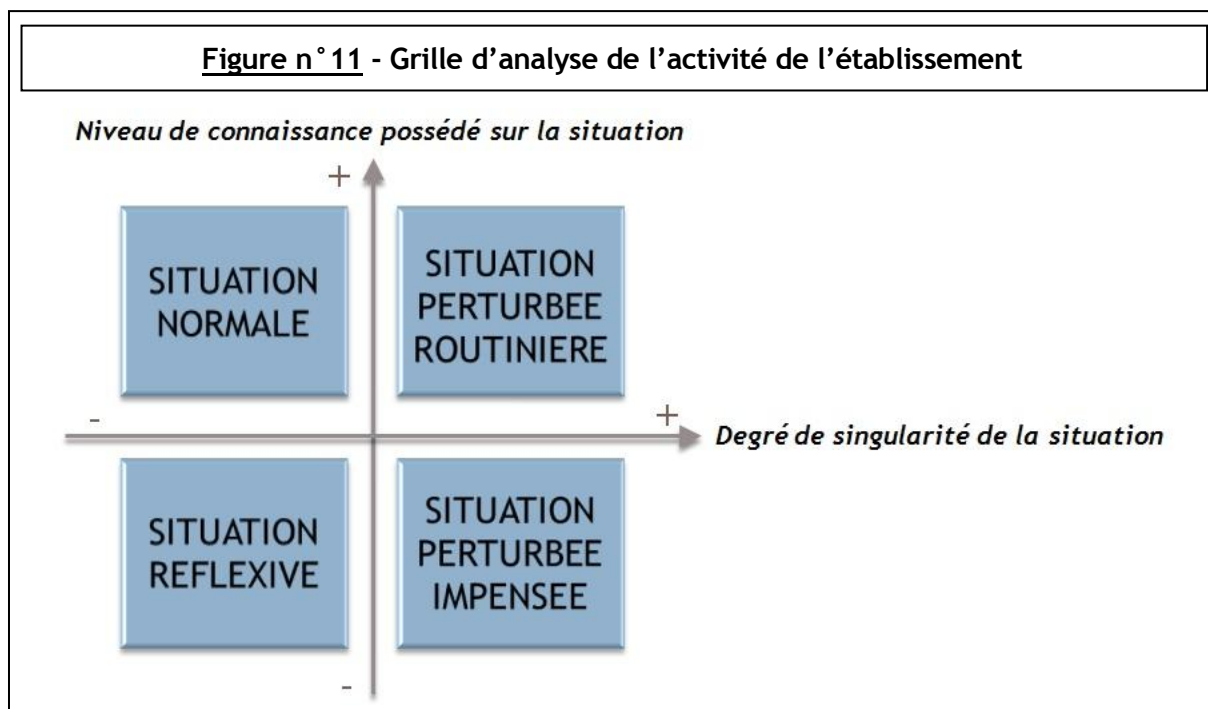
stérilisation expliquait ainsi au cours d'un entretien : *« Il peut-arriver que la boîte tombe, il faut tout re-stériliser, il peut arriver que le diagramme de soit pas valide, il faudra tout refaire. Ça peut arriver et ça on ne sait pas quand »*. Les aléas peuvent être aussi le fait de changements dans le lieu (modifications des affectations de salles, extrêmement fréquentes, nous y reviendrons, ou trajectoire inhabituelle du patient qui est installé en salle de réveil avant d'être pris en charge en salle d'intervention...) ou dans la temporalité (retard ou avance pris dans une intervention, changements de dernière minute...). Enfin, certains dysfonctionnements proviennent des outils à la disposition des acteurs (incomplétudes ou défaillances dans les informations véhiculées par l'outil, panne du système informatique,...). Par exemple, s'exprimant sur l'outil informatique (sur lequel nous reviendrons par la suite), la responsable de salle de réveil nous confiait en entretien : *« C'est un outil qui fonctionne bien, quand il est rempli : ça ne l'est plus dès lors que la charge de travail augmente. Quand il y a des choix à faire, le choix il va aller vers le patient. Dans ce cas, ça peut poser problème car des codes couleurs montrent qu'il y a de la place dans la salle de réveil, on amène un patient pour se rendre compte qu'il n'y a plus de places, mais que les codes couleurs n'ont pas été actualisés »*. Or, tout changement par rapport à l'activité telle qu'elle a été programmée est susceptible d'avoir de lourdes conséquences sur l'ensemble de l'organisation et auprès de tous les acteurs de la chaîne : ces différentes sources de perturbations s'impactent ainsi mutuellement.

*

Finalement, dans ce contexte de rationalisation économique, la volonté d'optimiser l'usage des ressources à travers une programmation rigoureuse du flux patient soulève deux enjeux majeurs pour l'établissement : il s'agit en premier lieu de gérer la contrainte événementielle particulièrement importante au bloc opératoire et en second lieu de favoriser le partage des informations entre les personnels mais aussi (et surtout) les médecins, afin de limiter les incertitudes. L'activité réelle de la clinique peut alors s'appréhender à travers ces deux axes :

- Le degré de singularité de la situation d'une part, qui conduit à distinguer les situations de travail qui se déroulent conformément à la trame préétablie de celles confrontées à des perturbations ;
- Le niveau de connaissance possédé par les acteurs sur la situation d'autre part, qui amène à identifier des situations dans lesquelles les acteurs sont en possession de l'ensemble des informations nécessaires à leur travail, et des situations dans lesquelles ils ne disposent pas, dans le présent, de données suffisantes.

Il est dès lors possible, et nous nous y emploierons dans ce travail, de questionner l'activité des acteurs à partir de la grille d'analyse suivante :



En dehors de la classique distinction opérée entre les situations qui se déroulent conformément à la trame préétablie, dans lesquelles les acteurs sont en possession de l'ensemble des informations (situations qualifiées de « normales ») et les situations subissant de fortes perturbations, dans lesquelles les acteurs se trouvent plongés dans une grande incertitude (situations perturbées dites « impensées »), cette grille d'analyse suggère l'existence de deux autres types de situations de travail : celles dans lesquelles les acteurs se trouvent confrontés à des perturbations sans pour autant manquer d'informations pour y faire face (situations que nous avons qualifiées de « perturbées routinières »), et à l'inverse celles qui ne sortent pas du cadre préétabli mais au sein desquelles les acteurs ne disposent pas de l'ensemble des données nécessaires (situations dites « réflexives »). Nous tenterons dans la thèse de comprendre l'origine et le sens à donner à l'existence de ces deux situations spécifiques. D'une façon générale, nous nous attacherons, au sein de chacune de ces situations, à caractériser les ressources organisationnelles sur lesquelles prend appui le travail (et notamment le travail d'articulation) réalisé par les acteurs. Il s'agira aussi de mettre en évidence les difficultés qui se posent pour les personnels au sein de chacun de ces cadrans.

Dans le prochain chapitre (chapitre 5), nous nous proposons de nous pencher sur les situations de travail qui se déroulent conformément à la trame préétablie, lorsque les acteurs disposent (« situation normale ») ou non (« situation réflexive ») de l'ensemble des informations. Le chapitre suivant (chapitre 6) sera consacré à l'étude des situations perturbées dans lesquelles les acteurs sont en possession ou non des informations nécessaires.

Résumé du chapitre 4

Nous revenons dans ce chapitre sur les spécificités de la clinique étudiée. Nous montrons ainsi que, du fait de sa constitution récente résultant d'une fusion de trois établissements, elle dispose d'une structure moderne tant sur le plan de la conception architecturale des bâtiments que des technologies employées. Par ailleurs, le management de l'établissement, fortement préoccupé par l'optimisation de l'utilisation des ressources disponibles, s'est attaché à la planification du processus de prise en charge, à travers la mise en œuvre d'un service particulier : l'ordonnancement. Enfin, nous mettons en exergue une troisième spécificité de l'établissement : le statut particulier des praticiens, également actionnaires de la clinique étudiée.

Partant de ces constats, **nous identifions dans ce chapitre deux enjeux majeurs pour le management de l'établissement.** Il s'agit d'une part de soutenir le partage des informations entre les différentes unités fortement dépendantes les unes des autres dans le processus de prise en charge considéré. Or, un acteur majeur des soins est en possession des informations dans la clinique : le médecin. Une problématique centrale pour le management est ainsi celle du recueil des informations détenues par les médecins, notamment au regard de leur statut particulier d'actionnaire. Il s'agit d'autre part de gérer les événements inhérents à l'activité de soins : compte-tenu du système en place qui cherche à rationaliser le processus de prise en charge, les acteurs disposent de peu de marges pour pallier les imprévus et les possibilités de blocage sont ainsi extrêmement fortes.

Nous proposons alors une grille d'analyse de l'activité prenant appui sur ce double enjeu et mettant en évidence quatre types de situations de gestion : nous distinguons en premier lieu les situations dans lesquelles les acteurs sont en possession de l'ensemble des informations nécessaires à leur travail, des situations dans lesquelles les acteurs sont plongés dans l'incertitude, ne disposant pas dans le présent de données suffisantes ; nous distinguons en second lieu les situations non perturbées qui se déroulent conformément à la trame préétablie (matérialisée par le programme opératoire), des situations confrontées à des perturbations. Les agencements organisationnels des quatre situations ainsi identifiées - « situations normales », « situations réflexives », « situations perturbées impensées », « situations perturbées routinières » - sont examinés dans les deux chapitres suivants.

CHAPITRE 5 :

LES AGENCEMENTS ORGANISATIONNELS EN SITUATIONS NON PERTURBÉES

Au regard des premières informations que nous avons fournies sur le cas, il apparaît qu'un important travail de structuration de l'activité au bloc opératoire est réalisé en amont d'une intervention. Effectivement, le personnel du bloc est astreint à des procédures et des protocoles rigoureux. En outre, la trame organisationnelle a été précisée au préalable et s'impose auprès des acteurs au travers du programme opératoire. On peut dans ces circonstances s'interroger sur la façon dont la coordination se réalise lorsque nulle perturbation ne vient déstabiliser cette trame préétablie.

Il apparaît en réalité, au regard de la grille d'analyse proposée dans le chapitre précédent (chapitre 4), qu'il nous faut distinguer deux types de situations non perturbées : celles au sein desquelles les acteurs disposent de l'ensemble des informations nécessaires à leur travail (que l'on appellera situations « normales ») et celles pour lesquelles subsiste un certain nombre d'incertitudes conduisant les personnels à s'interroger, à questionner ces situations (que nous qualifierons dès lors de situations « réflexives »).

Nous nous attacherons dans ce chapitre à appréhender l'agencement organisationnel qui se construit au sein de ces deux types de situation à travers une analyse fine d'extraits d'observation qui nous semblent particulièrement révélateurs des situations étudiées. Nous monterons ici que ces deux types de situation partagent un point commun essentiel : la logique d'efficacité est sous-jacente à l'activité et la coordination entre les acteurs ne déroge pas à ce principe. Dès lors, si la situation normale se caractérise par le faible nombre d'échanges centrés sur l'activité, il apparaît qu'en situation réflexive, les acteurs disposent là aussi de peu de temps pour mettre en discussion leurs pratiques : le retour d'expérience n'est ainsi pas ou peu envisagé au sein de l'établissement étudié. L'agencement se caractérise alors par une conformité importante à la procédure et si celle-ci est parfois questionnée en situation réflexive, c'est avant tout dans la perspective de la rappeler. La coordination s'opère en outre au travers d'outils que les acteurs mobilisent souvent en accord avec l'usage prévu par l'organisation.

Ces points communs énoncés, entrons au sein des blocs opératoires pour observer la façon dont les acteurs se coordonnent entre eux et avec les unités connexes en situations dites « normales ». La seconde partie de ce chapitre nous conduira à caractériser l'agencement organisationnel des situations qualifiées de « réflexives ».

1. LA SITUATION NORMALE : LA CONFORMITÉ A LA PROCÉDURE

En situation dite « normale » et lorsque les personnels disposent des informations et des connaissances nécessaires à la bonne appréhension des différentes situations dans lesquelles ils sont impliqués, nous allons montrer que la coordination au bloc opératoire découle de la procédure établie (1.1.). Celle-ci régit le quotidien des services (les différentes tâches, l'organisation...) ainsi que les interactions entre les différentes unités. Elle vise à maintenir et garantir une qualité des soins constante mais elle poursuit aussi des objectifs de rationalisation de l'activité (optimisation du temps, des ressources, des coûts), en témoigne une responsable de service de soins qui s'exprimait ainsi lors d'un entretien : *« Tout est lié, tout est lié, c'est-à-dire qu'il faut que le patient bien sûr soit satisfait et qu'il y ait pas de risques pour le patient parce qu'on, c'est, enfin c'est de l'humain hein qu'on fait, donc, il faut qu'on rame tous dans le même sens pour pas qu'il y ait d'erreurs, pour pas que voilà et il faut aussi qu'on rame tous dans le même sens pour minimiser les coûts parce qu'on est aussi dans une entreprise privée et jusqu'à la preuve du contraire, aucun de nos médecins n'est mécène »*. Ainsi, nous montrerons que si la situation normale donne lieu à la construction d'une certaine identité collective qui favorise l'entraide entre les personnels (1.2), cette dernière poursuit toujours des objectifs de rendement et d'efficacité.

1.1. Conformité aux procédures et logique de rationalisation

Le travail est formellement divisé entre les blocs opératoires et les unités connexes, ainsi qu'entre les différentes fonctions qui travaillent conjointement au sein même des blocs opératoires. Nous allons dans un premier temps étudier la façon dont le personnel du bloc opératoire se coordonne avec ses différents services satellites, puis dans un second temps comment les acteurs du bloc opératoire se coordonnent entre eux. Nous montrerons ainsi qu'au sein de chacun de ces services et sur chaque poste, les procédures de travail sont formellement établies et largement tournées vers la rationalisation économique. Par exemple, une mention spéciale figure sur chaque fiche de poste des acteurs de la clinique qui doivent explicitement *« participer à la maîtrise des dépenses de l'établissement »* (Source : fiches de poste des infirmières, aides-soignantes, agents de services hospitaliers et brancardiers de la clinique).

1.1.1. Une coordination bloc / services connexes normalisée

En situation normale, le travail de soins auquel nous nous intéressons (lié à l'activité chirurgicale de l'établissement) concerne les prises en charges « programmées ». Ce travail de soin « programmé » est rigoureusement réparti entre les différents services dans

lesquels le patient passera successivement. Au sein de la clinique étudiée et en ce qui concerne l'activité chirurgicale de l'établissement, nous distinguerons ainsi le bloc opératoire des services d'hospitalisation ou services de soins mais également de ses services supports (stérilisation, pharmacie et salles de réveil).

a. *Coordination bloc opératoire / services de soins*

Les services de soins sont divisés par spécialités chirurgicales (orthopédie, digestif, cardiologie, stomatologie, etc.). Il existe en parallèle une unité spécifique, l'ambulatoire, dont nous avons déjà fait état. Dès lors que les personnels de ces services s'expriment sur leur travail, l'on voit apparaître la dépendance des unités de soins à l'égard, de l'organisation du bloc opératoire (heure de passage au bloc des différents patients à laquelle les personnels des soins doivent s'adapter) : « *Nous, l'information principale dont on est dépendant et pour notre organisation, enfin pour l'organisation des services pour les filles, c'est l'heure du bloc opératoire (...). Voilà, parce qu'en découle la prémédication, donc un horaire où on prémédique le patient, où on le rase où on lui fait prendre sa douche, etc.* » (Cadre d'un service de soins). Ainsi, la coordination entre le bloc opératoire et les services de soin est elle-même établie sur cette base : « *Alors la coordination avec le bloc donc elle se fait, enfin c'est un peu automatisé en fait, vous avez X patients dans le service qui vont entrer, ils vont être mis au bloc le lendemain, donc nous qu'est-ce qu'on va faire, on va regarder le planning de bloc (...) Donc aujourd'hui, tous ces patients ils vont au bloc donc nous on va faire en sorte que tous ces patients soient prêts pour aller au bloc* » (Cadre d'un service de soins). Dans les propos des acteurs des services de soins, la dépendance vis-à-vis de l'outil (ici le planning de bloc) apparaît très nettement, un outil à caractère normatif et qui a voix d'autorité puisque les personnels des services de soins s'adaptent et se conforment à l'information qu'il véhicule tout au long de leur journée de travail. Au-delà des outils de planification, d'autres outils informatiques occupent une place centrale dans la coordination entre le bloc opératoire et les services de soin. Il en est ainsi du « *tableau de supervision du bloc* » développé au sein de la clinique étudiée. « *Et après, nous, nos, informations par rapport au bloc opératoire on va les suivre sur la supervision de bloc (...). Et ça les soignants l'utilisent beaucoup, beaucoup hein, pour voir où on en est. (...) Comme on n'est pas sur place, on n'est pas sans cesse au téléphone, (...) on va pas toujours appeler « ça en est où ? » et ça nous c'est toujours à jour donc en fait, il se met automatiquement hein de toute façon à jour et du coup on sait où en sont les patients donc c'est notre suivi* » (Cadre d'un service de soins). Cet outil offre la possibilité à tous les acteurs de la clinique de suivre en temps réel le parcours du patient dans sa prise en charge sur le plateau technique. Sa mise en œuvre

s'inscrit dans une logique d'efficacité puisque ce dispositif se substitue aux échanges téléphoniques. Le téléphone est en effet unanimement vécu comme une intrusion par l'ensemble des acteurs de la clinique en situation normale, à la différence de l'outil informatique que les soignants peuvent alimenter quand ils sont disponibles : « *On a calculé que c'était le dérangement le plus important pour les soignants. (...) Mon rêve c'est zéro appel. (...) Si tout le monde appliquait les procédures et s'il y avait pas d'urgence par exemple, on aurait même plus besoin de téléphoner* » (Chargé de projet ordonnancement, initiateur de cet outil). Le tableau de « *supervision du bloc* » fonctionne au moyen d'un code couleur qui reflète les actions de chaque intervenant dans la prise en charge du patient. Ainsi, la ligne correspondant au patient apparaît en gris sur le logiciel lorsque le malade est dans sa chambre et qu'il a reçu ses soins : il est prêt à être descendu au bloc opératoire. Le nom du patient est ensuite inscrit en jaune lorsque le patient est en attente dans le sas du bloc opératoire : le brancardier l'a descendu et a scanné l'étiquette du dossier patient pour mettre à jour le tableau (l'interface alors utilisée s'intitule la « *feuille d'écologie* »), ainsi que sa propre étiquette pour assurer la traçabilité du processus de prise en charge. Le nom du patient apparaît en rouge lorsqu'une infirmière de bloc vient le chercher pour l'emmener en salle d'opération, et scanne à son tour l'étiquette du dossier. A ce stade, apparaît en sus de la couleur rouge des précisions sur l'avancée de l'opération : au fur et à mesure, l'infirmière de salle (la panseuse) cliquera sur les différents logos de la feuille d'écologie, faisant automatiquement passer le patient de l'état « *entrée en salle* » à celui d' « *induction* » (le patient est endormi), puis à l'état d' « *incision* » (le patient est ouvert) et enfin à « *fin de l'intervention* ». Lorsque le nom du patient est inscrit en bleu, il vient d'entrer dans la salle de réveil. Il apparaîtra ensuite en vert lorsque la sortie de la SSPI sera validée. Pour finir, lorsque le nom du patient s'affiche en vert clair, cela signifie qu'il est remonté dans les services de soins, suite à son opération. « *Nous donc on suit ça hein, par exemple, on a notre patient là, ce Monsieur, on sait qu'il est entré en salle de réveil à 15h33. Donc on regarde, 15h33, là il est moins 20, si la famille nous demande, euh on va leur dire qu'il sera à peu près de retour dans le service d'ici une heure parce qu'ils ont en moyenne une heure, une heure et demie en salle de réveil. (...) Pour nous c'est à peu près du standard, c'est entre une heure et une heure et demie, sauf s'il y a eu des complications* » (Cadre de services des soins). Le tableau de « *supervision du bloc* » s'instaure dès lors comme un important soutien à la coordination entre le bloc et les services de soins puisqu'il permet aux unités d'hospitalisation, où il est fréquemment consulté, d'anticiper et donc de préparer le moment où le patient sera remonté dans le service (nécessité de préparer la chambre). Il constitue en outre une source d'informations déterminante pour répondre aux multiples

sollicitations des familles des patients hospitalisés. La lecture et l'interprétation des informations transmises par cet outil, on le voit dans les propos de cette cadre de services de soins, s'appuie sur une certaine connaissance des règles et des standards (ici le temps passé en SSPI à la suite d'une intervention en cardiologie) propres à l'activité concernée. Ce dispositif de supervision présente finalement un caractère normatif et doit permettre, tel qu'il a été conçu et mis en œuvre, de transmettre comme de recueillir des informations de manière efficace. Son alimentation (par le brancardier ou les infirmières du plateau technique) a été pensée de manière à minimiser les gestes et le temps que l'on y consacre : adossé à un outil de traçabilité, le tableau de supervision du bloc est doté d'un certain nombre de fonctionnalités permettant d'aller vite lors de son alimentation (système de douchette et de code barre, simple click sur des logos ou des cases à cocher, etc.). Les moments où les acteurs doivent alimenter l'outil ont été établis en amont par l'organisation, à travers des procédures rigoureuses : à l'arrivée au bloc opératoire (dans le sas), à l'arrivée en salle d'opération, etc. L'outil renvoie ainsi des informations présentées sous une forme standard (code couleur) et reflète l'existence d'une trajectoire unique du patient qui passe successivement des services de soins au bloc opératoire, puis en salle de réveil avant de retourner dans les unités d'hospitalisation. En revanche, l'outil ne permet pas de fournir des précisions sur le déroulement de l'intervention, de communiquer des informations ou de demander du soutien en cas de problèmes. Bref, l'outil permet de transmettre des informations lorsque la situation est conforme à la procédure : il est donc un support majeur de la coordination en situation normale ; il perd ce statut dès lors que la situation se dégrade.

b. Coordination bloc opératoire / pharmacie

La pharmacie est en lien direct avec les différents blocs opératoires puisqu'une bonne partie du matériel transite par ce service avant d'être amenée sur le plateau technique, le pharmacien étant le « *garant de la stérilité* » (source : Cadre de proximité de bloc) de tous les matériels (dispositifs médicaux stériles (DMS), matériel en dépôt...), y compris ceux qui proviennent des laboratoires.

**Encadré n° 5 - Relations bloc opératoire / pharmacie : le « *système plein-vide* »
(Bloc cardiologie)**

En salle d'intervention. Une infirmière sort de la salle 2 et va en pharmacie. Elle cherche des « redons » (...). Elle enlève une étiquette du panier dans lequel elle a pris le matériel et la pose sur le mur de liaison avec la pharmacie car elle vient de terminer une dotation.

La coordination blocs opératoires/pharmacie est normalisée à travers une procédure précise : le « *système plein/vide* » qui s'appuie, nous le voyons dans cet exemple, sur deux outils principaux - le panneau de liaison bloc/pharmacie (photo n°9) et un ensemble d'étiquettes (photo n°10).

Photo n°9 - Le panneau de liaison bloc-pharmacie



Photo n°10 - Les étiquettes des dotations



Dans ce système, chaque dotation de matériel est stockée en double au sein d'un « *panier* » et deux étiquettes (une pour chaque dotation) sont apposées sur ce panier. « *Quand on a utilisé une dotation complète, on enlève l'étiquette et on la place sur le panneau pharmacie. Ils [les personnels de la pharmacie] viennent les chercher et ils remettent ce qui manque dans les armoires qui arrivent le mardi et le vendredi* », expliquait ainsi une infirmière du bloc cardiologie au cours de nos observations.

c. Coordination bloc opératoire / services satellites du plateau technique

Le plateau technique est un espace fermé dans lequel se déroule l'activité chirurgicale proprement dite. On y trouve également les services supports directs : la salle de réveil et le service de stérilisation, nous l'avons précisé dans le chapitre précédent.

- Les salles de réveil

Au sein des salles de réveil, œuvrent conjointement des infirmières de salle de réveil et des aides-soignantes. Le travail consiste à accueillir le patient à la suite de son intervention chirurgicale, que ce dernier ait subi une anesthésie locale ou générale, à surveiller la reprise normale de ses fonctions vitales ainsi que les différents pansements et drainages posés lors de l'intervention, à évaluer certains signes de réveil et à l'extuber puis à prendre en charge sa douleur. Les tâches réalisées suivent ainsi une procédure rigoureuse et sont largement dépendantes, à l'instar des services de soins, des temporalités du bloc opératoire.

Encadré n°6- Transmission en salle de réveil (Bloc cardiologie)

En salle d'intervention. 11h. Le patient est sorti de la salle 2 et une infirmière le transfère en salle de réveil. S'adressant aux infirmières de SSPI : « C'est monsieur [Nom et prénom du patient] ». Une infirmière de SSPI souligne : « Un monsieur bien connu ». Il y a trois infirmières de salle de réveil qui s'affairent autour de ce patient aussitôt qu'il est amené en SSPI par l'infirmière de bloc. Notre infirmière laisse le dossier patient et une feuille de surveillance post-interventionnelle que les personnels du bloc cardiologie ont annotée (allergies du patient, etc.) à l'issue du questionnaire patient.

La coordination entre le bloc opératoire et la salle de réveil s'opère à titre principal par un outil papier, la « *feuille de surveillance post-interventionnelle* » (annexe n°9). Par ailleurs, lors du transfert du patient en salle de réveil, un court moment est consacré aux transmissions entre l'infirmière de bloc impliquée dans l'intervention et l'infirmière de salle de réveil qui s'apprête à prendre en charge le malade. Dans les faits, en situation « normale », on le voit, cette période d'échange est minime et l'ensemble des informations importantes figurent sur l'outil papier.

- Le service de stérilisation

Enfin, au centre du plateau technique se trouve le service de stérilisation. Son activité est entièrement tributaire des programmes opératoires passés et de ceux à venir, et suit une procédure formellement établie : « *Ben il y a beaucoup d'activités, déjà il y a la partie laverie. (...) Rentre tout ce qui est instrumentation, ancillaires, visseries, tout ce qui a servi pendant l'intervention sur la table au chirurgien. Tout ça est mis dans des bacs et doit être déjà décontaminé avant de le rentrer en laverie. (...) On envoie dans des laveurs, après ça sort du côté propre, côté conditionnement. (...) Côté conditionnement, (...) on sort les instruments, on les place dans les containers, on doit reconnaître quel instrument va dans quel container, on a des feuilles avec (...). Chaque boîte a un listing, donc là on contrôle (...) Donc après tout ça, on le pose sur des rails, et là ça passe dans l'autoclave, 134°, ça s'appelle la stérilisation* ». La coordination entre le service de stérilisation et les blocs opératoires s'appuie sur des outils papiers alimentés par les infirmières de bloc.

Encadré n°7 - La coordination stérilisation / bloc orthopédie

Situation 1 - Alimentation du listing « *matériel manquant pour les interventions* » en salle d'orientation

En orientation. L'infirmière de caddies prépare la fiche de liaison avec la stérilisation (besoins et « à recevoir » dans la journée). Elle l'amène ensuite en stérilisation.

Situation 2 - Alimentation de la fiche de liaison bloc / stérilisation en salle d'opération

En salle d'intervention. L'infirmière-coordinatrice aide à préparer le patient. Puis, elle décolle des étiquettes des matériels pour coller sur la feuille d'écologie et sur la feuille destinée à la stérilisation.

D'une part (situation 1), est listé par une infirmière dont l'activité est centrée sur le matériel (nous y reviendrons par la suite) l'ensemble des matériels manquants au sein du bloc mais nécessaires pour les interventions du lendemain. D'autre part (situation 2), figurent sur une fiche de liaison avec la stérilisation (annexe n°10), les étiquettes des instruments utilisés au cours de chaque intervention, afin que ceux-ci soient re-stérilisés. Lors des situations dites « normales », service de stérilisation et bloc opératoire ne communiquent pas directement : l'ensemble des interactions est en effet normé par l'intermédiaire de ces outils papiers. La logique sous-jacente à l'existence même de ces outils est celle de l'efficacité : ces instruments de coordination sont adossés à des outils de traçabilité que les acteurs du bloc doivent légalement alimenter. Ainsi un système d'étiquette a été mis en place par l'établissement : une fois l'instrument stérilisé, le service de stérilisation lui appose une double étiquette. En salle d'opération, à l'utilisation du matériel en question, l'infirmière apposera la première partie de l'étiquette sur une « *feuille d'écologie* » (annexe n°11) qu'il est obligatoire de remplir pour chaque intervention afin d'avoir une trace des instruments utilisés (pour pouvoir vérifier, en cas de problèmes, la date de péremption liée à la stérilisation ainsi que le numéro de lot) ; la seconde partie de l'étiquette sera apposée sur la fiche de liaison bloc/stérilisation, afin que ce dernier service sache quel matériel est à re-préparer. Ce système de double étiquette permet ainsi de transmettre des informations entre deux services sans que les acteurs du bloc ne perdent de temps à alimenter un second outil.

d. Le rôle du brancardier dans la coordination entre le bloc opératoire et les services connexes

Service de stérilisation et salles de réveil sont ancrés sur le plateau technique dans l'optique de limiter les pertes de temps liées aux déplacements entre les unités. Les échanges de flux physiques (patients, matériel) et informationnels sont en effet nombreux entre ces unités. Ainsi, ces services ont volontairement été positionnés à proximité les uns des autres, dans la conception architecturale de l'établissement, toujours conformément à cette philosophie d'efficacité et de rationalisation économique sous-jacente. Concernant les échanges de flux physiques (le patient et son dossier) entre les services de soins et les blocs opératoires ou les salles de réveil, davantage éloignés géographiquement, une fonction se voit officiellement

confier cette tâche au sein de la clinique : le brancardier. Suivant le programme opératoire constitué pour la journée, la coordination entre le brancardier et les différents services s'appuie sur le téléphone par lequel les infirmiers de bloc et de salle de réveil jouent le rôle de prescripteurs (le patient doit être descendu ou remonté dans sa chambre), mais repose également sur des routines organisationnelles établies (par exemple, au bloc opératoire ambulatoire, le brancardier descend les patients au fur et à mesure sans être contacté par les infirmiers puisque les interventions sont très courtes). La tendance est ainsi très nettement à la diminution de l'usage du téléphone, auquel se substitue de nouvelles procédures : par exemple, la règle veut que les brancardiers descendent les premiers patients entre 7h15 et 7h45 (selon l'heure d'arrivée des médecins, une connaissance sous-jacente dont doivent disposer les brancardiers) sans recevoir d'appels de la part des blocs opératoires.

Encadré n° 8 - La descente d'un patient au bloc opératoire par le brancardier

Dans le couloir du plateau technique. Le téléphone du brancardier sonne : une panseuse l'appelle pour qu'il aille chercher le prochain patient. Dans les services de soins, il demande à une infirmière si le patient à descendre est prêt à être emmené, et saisit le dossier patient. Il vérifie toujours également que le dossier est bien signé. Il entre dans une chambre. S'assurant qu'il s'adresse bien au bon patient, il lance : « Bonjour Monsieur, vous êtes Monsieur ? », puis l'informe : « Allez c'est l'heure ». Il montre au patient comment s'installer sur le brancard et le laisse ensuite faire. Il met un drap et une couverture. Il parle toujours beaucoup avec les patients (« vous êtes d'où ? », « qu'est-ce qui vous est arrivé ? »...). Il sort de la chambre et entre dans l'ascenseur. « Votre date de naissance ? (...) C'est bien ça, c'est bien vous ! (...) C'est pour la sécurité ! ». Il entre à présent dans le sas du bloc. Il retourne chercher un brancard de bloc, et demande au patient de sortir les bras. Il le transfère sur un autre brancard. Il s'approche ensuite du PC du sas, clique sur le nom du patient, scanne l'étiquette et scanne aussi son propre code barre (cela lui permet de ne pas perdre du temps à aller chercher son nom sur le menu déroulant). Par ailleurs, un code barre de validation de la saisie et d'annulation de la saisie existe, permettant d'enchaîner les mouvements sans perdre de temps, au lieu de le faire à la main. Il met son « chapeau » (la charlotte) au patient et le fait entrer dans le bloc. « A tout à l'heure » (pour le retour), dit-il au patient avant de tourner les talons.

On le voit au travers de cet exemple, le travail du brancardier suit une procédure précise. Ici, pour la descente des patients, il se rend dans les services de soin, sur l'injonction d'un infirmier de bloc, et informe les infirmiers du départ du patient. Il vérifie l'exhaustivité du dossier patient et œuvre dans le sens de la sécurité patient (contrôler l'identité, veiller à la

bonne installation du patient, etc.). Conformément à sa fiche de poste, il « *apporte un réconfort psychologique aux malades* » (Source : fiche de fonction du brancardier) : le travail relationnel est donc lui-même normalisé à travers une règle formelle. Enfin, il participe à l'alimentation des outils informatiques, aussi bien de traçabilité que de coordination puisque la manipulation opérée par le brancardier contribue à l'alimentation de l'outil de supervision du bloc dont nous avons déjà fait état. On voit dans cet extrait très distinctement que ces outils ont été conçus dans une logique d'efficacité à l'alimentation : lecteurs de code barre, étiquettes à scanner, anticipation des erreurs, etc. Il est à noter que cette tâche d'alimentation des outils ne figure pas dans les procédures de travail des brancardiers, bien qu'elle soit exercée par ces derniers en situation normale et qu'elle semble aujourd'hui faire partie des procédures que les brancardiers doivent effectivement réaliser tout au long de leur journée de travail (intégration de routines de fonctionnement qui deviennent la règle).

1.1.2. Division du travail au bloc opératoire et recherche de l'efficience

En situation normale, l'activité du bloc se déroule conformément au programme opératoire préétabli et aux procédures instaurées sur chaque poste. Ces règles de fonctionnement au bloc opératoire, dans la même optique que les autres services, exhortent à l'optimisation des moyens (personnels et salles d'intervention), à l'efficience, sur tout le travail effectué en dehors de l'intervention elle-même (donc du travail du médecin), à savoir la préparation de la salle, du patient, et du matériel, puis la désinstallation. De ce fait, un certain nombre de fonctions tournées vers ces préoccupations ont vu le jour au sein des deux blocs opératoires étudiés. Deux types de postes d'infirmières peuvent alors être identifiés : le travail en salle d'intervention et le travail qui se déroule en dehors de la salle d'intervention. Lors de l'intervention proprement dite, on distinguera le poste de panseuse de celui d'aide-opératoire. Ce dernier est occupé par des infirmières de la clinique uniquement pour le bloc cardiologie : la spécialité orthopédique nécessitant de faire appel à des instrumentistes confirmées, les aides-opératoires du bloc orthopédie sont embauchées par les médecins eux-mêmes. Les infirmières d'orthopédie peuvent néanmoins être sollicitées pour certaines procédures en tant que deuxième aide-opératoire, afin d'assister le chirurgien et sa première aide au cours de l'intervention, directement au niveau du champ opératoire (par exemple : tenir les écarteurs). Les infirmières en salle sont affectées au programme d'un chirurgien pour une « *vacation* » (le matin ou l'après-midi) et, au bloc cardiologie, le partage des tâches entre aide-opératoire et panseuse n'est pas formellement arrêté. Hors de la salle d'intervention, un poste d'infirmière particulier a vu le jour au sein des deux blocs : « *l'infirmière-coordinatrice* » (qui se voit confier la

charge d'une vacation : on pourra ainsi distinguer l'infirmière-coordinatrice du matin de celle de l'après-midi). En orthopédie, nous pourrions identifier d'autres types de fonctions, dont l'existence procède à la fois de la taille du bloc (le bloc orthopédie est deux à trois fois plus grand que le bloc cardiologie) et de la spécialité chirurgicale (la spécialité orthopédique fait appel à de nombreux matériels) : deux infirmières se verront ainsi en charge de la gestion du matériel (l'« *infirmière de caddies* » et l'« *infirmière de prêt* ») et d'autres infirmières seront qualifiées d'« *infirmières en plus* ». Nous reviendrons dans la suite de notre propos sur le rôle joué par chacune de ces infirmières dans les différentes étapes de la prise en charge du patient au sein du bloc opératoire, en situation normale.

a. La préparation du matériel pour les interventions

Au sein des deux blocs opératoires, une partie du matériel (les DMS, à usage unique) utilisé lors des interventions provient de la pharmacie. Nous avons établi précédemment la façon dont ce service se coordonne avec les différents blocs opératoires, à travers le système « *plein-vide* ». Mais les DMS livrés par la pharmacie, s'ils constituent la majeure partie de l'instrumentation utilisée en cardiologie, ne représentent qu'une faible quantité du matériel utilisé au bloc orthopédie : les équipes utilisent à la fois l'instrumentation de base dans laquelle la clinique a investi, du matériel (des ancillaires) laissé là « *en dépôt* » par des laboratoires qui factureront uniquement l'usage des implants qui accompagnent ces boîtes d'instruments, et du matériel « *en prêt* », demandé par la clinique aux laboratoires pour une période déterminée, lorsque les chirurgiens programment des procédures spécifiques. L'ensemble de ces instruments doivent transiter par le service stérilisation avant toute utilisation au bloc orthopédie, d'où la nécessité d'une parfaite coordination entre ces deux services, coordination qui prend appui sur des outils papiers dont nous avons précédemment fait état. Face à ces différents circuits de livraison du matériel (provenant de la pharmacie, des laboratoires ou arrivant de la stérilisation), et compte-tenu du grand nombre d'instruments à gérer et à préparer pour chaque intervention, deux fonctions spécifiques ont vu le jour au sein du bloc orthopédie ; l'infirmière de « *caddies* » et celle de « *prêt* ». Les deux infirmières affectées à ces postes évoluent sur une trajectoire parallèle aux reste des personnels du bloc opératoire : tandis que les autres infirmières œuvrent dans le présent (préparation des salles et du patient, intervention...), la temporalité de leur travail est tournée vers le futur. De ce fait, elles interagissent peu avec le reste de l'équipe en situation dite « *normale* », ou les échanges ne concernent du moins pas directement les tâches qui les occupent (mais de nombreux échanges personnels se déroulent, en parallèle de leur travail, notamment pour

l'infirmière de caddies qui travaille dans la salle d'orientation, un espace dans lequel se regroupent fréquemment les infirmières, nous y reviendrons).

En premier lieu, l'infirmière chargée de la gestion des « prêts » va réceptionner le matériel livré par les laboratoires pour une intervention à venir très prochainement (souvent le lendemain ou le surlendemain), procéder à la vérification de celui-ci¹³³, avant de l'envoyer au service stérilisation. Elle se chargera également de veiller au bon retour de ce matériel en prêt qui doit être renvoyé à une certaine date au laboratoire concerné. Dans cette tâche, l'infirmière s'appuie sur un logiciel informatique de gestion du matériel sur lequel est indiqué, au moyen d'un code couleur, le matériel en « prêt » (en rouge) et le matériel en « dépôt » (en vert) et qui lui permet de planifier l'arrivée et le retour des instruments. Le besoin de coordination entre l'infirmière de prêt et le service de stérilisation est minime : par un simple coup de téléphone, l'infirmière signifie au service stérilisation qu'il peut venir chercher le matériel.

En second lieu, une infirmière de « caddies » est chargée de préparer sur des chariots le matériel nécessaire à toutes les interventions programmées pour le lendemain. Dans son travail, elle s'appuie sur un ensemble de check-lists sur lesquelles le matériel à prévoir pour les différentes procédures et par chirurgien est répertorié. Ces check-lists doivent permettre de soulager la mémoire de l'infirmière à court terme (pour chaque intervention, elle coche le matériel déposé sur le caddie au fur et à mesure), à long terme (les check-lists informent des besoins pour chaque chirurgien, rendant ainsi superflu l'apprentissage par cœur), mais également d'alerter (fonction d'alerte) lorsqu'il manque du matériel : d'un bref regard, les infirmières peuvent se rendre compte de l'incomplétude d'un caddie (en attente de matériel provenant de la stérilisation) et rapporter aussitôt le matériel manquant. Afin de connaître les procédures à préparer pour le lendemain, l'infirmière de caddies consulte également le programme opératoire (informatique ou papier lorsque celui-ci a été imprimé à l'avance par le responsable). L'infirmière de caddies est aussi en charge de la coordination avec la stérilisation puisque c'est elle qui doit signaler à ce service le matériel manquant pour les procédures du lendemain, à travers la fiche de liaison papier que nous avons au préalable présentée.

¹³³ S'assurer que la boîte d'instruments est complète, contrôler l'attestation de traitement qui trace la bonne décontamination et stérilisation du matériel dans l'établissement où il a été utilisé précédemment et qui fournit également des informations sur le patient précédemment traité (précautions par rapport à la maladie de Creutzfeldt Jakob)

b. La procédure de préparation de l'intervention : accueil et installation du patient

Encadré n°9 - La procédure d'accueil du patient (Bloc cardiologie)

Dans le sas d'accueil. Une infirmière vient faire l'accueil patient. Elle demande au patient si on est venu lui « poser plein de petites questions ». Le patient : « **Non** ». L'infirmière reprend : « Alors je vais le faire ». Elle vérifie les étiquettes du patient (nom et prénom), puis les allergies au médicament, « douche ce matin ? Avec le produit rouge ? », « De quel côté allez-vous être opéré ? ». « **Je ne sais pas** ». « De quel côté vous avez mal ? », « Prothèse ? », « Appareil dentaire ? », « Vous a-t-on rasé l'endroit ? », « Etes-vous diabétique ? », « Combien de fois êtes vous dialysé ? » « **Trois fois** ». « Trois fois par semaine ? » « **Trois fois par jour** ».

Une autre infirmière vient aider la première infirmière qui s'affaire auprès du patient dans le sas. La première remplissait le questionnaire papier en même temps. La seconde va poser une perfusion au patient.

Cet extrait d'observation montre que, lors de l'accueil patient, les infirmières appliquent de manière stricte le protocole qui permet d'assurer les derniers contrôles de sécurité avant l'intervention. Ce travail s'appuie sur un outil papier (le questionnaire HAS « *Sécurité du patient au bloc opératoire* », voir annexe n°12) que les infirmières doivent alimenter à des fins de traçabilité, conformément à la réglementation nationale, et qui figurera dans le dossier du patient. L'existence de ce document poursuit deux objectifs pour l'acteur qui procède à l'accueil du patient : d'une part, il garantit la traçabilité des actions effectuées (l'infirmière a bien appliqué la procédure de sécurité) et d'autre part, il permet de soulager la mémoire de l'infirmière à long terme en listant l'ensemble des questions à poser (ce qu'il y a à faire), et à court terme en lui permettant de cocher les questions qu'elle a déjà posées (ce qui a été fait). Cet exemple montre par ailleurs que les infirmières du bloc cardiologie, afin de gagner du temps sur les procédures extérieures à l'intervention proprement dite, sont amenées à s'entraider sur cette étape de la prise en charge patient (l'accueil) quelque soit la tâche à laquelle elles sont affectées pour la journée : bien souvent, l'infirmière qui accueille le patient n'est ainsi pas celle qui le prendra en charge lors de l'intervention. Ce mode de fonctionnement confère aux outils papiers alimentés à cette étape de la prise en charge un rôle crucial dans la prise en charge du patient : ils favorisent la coordination entre ces deux infirmières puisque la seconde peut s'informer des singularités du patient (allergies, prothèses,...) mises en évidence par la première à travers ce document.

Encadré n° 10 - La procédure d'installation de la salle et du patient

Situation 1 - Complémentarité entre les infirmières au bloc cardiologie

En salle d'intervention. Le matelas et les draps sont maintenant en place sur la table d'opération. Un patient est amené dans la salle. « Bonjour Monsieur ». Les deux infirmières lui enlèvent son drap et le transfèrent du brancard sur la table. L'infirmière 1 enlève sa blouse au patient, l'infirmière 2 sort le brancard. L'infirmière 1 lui accroche les « patchs » pour la surveillance. L'infirmière 2 prépare les cotons et la Bétadine pour préparer la peau du patient. L'infirmière 1 prépare la table pour l'aide-opératoire et installe le drap et le matériel sur cette table. L'infirmière 2, en salle de commande, va préparer la surveillance informatique du patient (dossier patient, vidéo de l'examen, surveillance cardiaque...).

Situation 2 - Le « cérémonial » de la préparation au bloc orthopédie

En salle d'intervention. La panseuse a préparé la table de l'aide-opératoire (sans toucher ce qui est stérile). On sent qu'il faut aller vite entre les interventions. Elle remplit maintenant la feuille d'écologie informatisée et complète le dossier du patient. Le médecin et l'aide attendent à l'entrée que la panseuse les « habille » : ils sont figés, les bras tendus, leur tenu sur les bras ; ils ne disent rien et attendent que la panseuse vienne les habiller (elle va de toute façon venir, une fois les papiers préparés, c'est la procédure). « Alors, il est 9h43 », dit le médecin. (...) L'aide termine de préparer sa table. La panseuse range au fur et à mesure. Le chirurgien et l'aide étendent maintenant le champ opératoire. La panseuse fait la check-list HAS : elle valide l'identité du patient et le côté de l'intervention avec le médecin. L'intervention va commencer.

A l'instar de nos observations sur l'accueil des patients, on voit dans cet extrait (situation 1) qu'à des fins d'efficacité, plusieurs infirmières peuvent agir en parallèle lors de l'installation de la salle. Les infirmières se complètent dans leurs actions sans avoir besoin de se parler, en observant simplement ce que l'autre infirmière est en train de faire ou a déjà fait, puisqu'elles savent, via le protocole, ce qu'il reste à faire. Cette coordination visuelle repose ainsi sur une parfaite connaissance de la procédure que l'on sait exécutée strictement par chacun : la règle, à la fois rend aisée la compréhension des gestes effectués par un autre acteur, mais stipule également le process à suivre selon la fonction occupée (possibilité d'anticipation). Le travail de préparation de la salle est en effet extrêmement protocolisé on le voit dans ces deux extraits. L'installation de la salle et du patient repose ainsi sur des procédures particulières (protocole HAS par exemple) et le travail consiste notamment en l'alimentation (mise à jour) des outils informatiques et

papiers de traçabilité mais aussi de coordination à destination de l'ensemble des acteurs de la clinique (situation 2). Notons également dans cet extrait le véritable cérémonial qui accompagne la préparation du médecin et de son aide-opérateur, cérémonial qui témoigne d'une certaine sacralisation du chirurgien et explique ainsi le sentiment de noblesse et de fierté ressenti par les infirmières du bloc opératoire du fait de la proximité avec les médecins.

c. La procédure lors de l'intervention

Encadré n° 11 - La procédure au cours de l'intervention (Bloc cardiologie)

En salle d'intervention. 18h37. L'intervention commence en salle 3. L'infirmière tutoie le médecin, ils ont l'air de bien se connaître. Le médecin prend le bistouri électrique et ouvre la peau du patient. Pendant ce temps, la panseuse est derrière la vitre de protection de la salle et met à jour les feuilles d'écologie (papier et informatisée). Le médecin prend des écarteurs, puis des ciseaux. Il va maintenant enfoncer une sonde de stimulation qu'il va aller visser dans le myocarde. Mais pour cela, il a besoin d'avoir une image de ce qu'il fait dans le myocarde : il va donc utiliser des rayons X. L'infirmière revient près du médecin et ensemble, ils approchent la machine qui va émettre des rayons. Ils la poussent dans un même geste pour la placer au-dessus du patient. Le médecin bouge ensuite la table, pour ajuster. Pour se protéger des rayons, la panseuse retourne derrière la vitre et poursuit l'alimentation des outils. Au fur et à mesure qu'elle ouvre les sachets des prothèses et implants qui vont être posés sur le patient, elle décolle les étiquettes et les colle sur la feuille d'écologie papier. Le médecin a, à présent, vissé la sonde dans le myocarde. Il va maintenant les connecter aux câbles et tester si les sondes fonctionnent bien. Il doit « tester la sonde dans le VD » (= ventricule droit) et « tester la sonde dans l'OD » (= oreillette droite). Ce sont ces sondes qui vont relier le pacemaker (la pile) au cœur. La panseuse : « T'es bon là, Michael ? ». Le médecin : « Euh ouais, ouais, ça va être bon ». Derrière la vitre, l'infirmière remplit à présent le compte-rendu du médecin en lui posant des questions. Le médecin est en train de recoudre. Ça y est, l'intervention est terminée, « il n'aura plus qu'à faire son compte-rendu » me dit la panseuse. Retournant dans la salle, l'infirmière demande au médecin : « Tu vas le reprogrammer, là ? ». Elle va sur l'ordinateur de la salle. Elle range déjà tout ce qu'elle peut : « T'auras plus besoin du bistouri là ?, » interroge-t-elle le chirurgien. (...) Ça y est le pacemaker est reprogrammé, le médecin enlève le champ opératoire. L'infirmière range tout le matériel.

Lors de l'intervention en revanche, les infirmières affectées à la vacation du chirurgien sont les seules à se trouver en salle en « situation normale ». C'est également à cette

étape de la prise en charge seulement qu'infirmières et médecins travaillent conjointement, centrés sur la même situation, et dans le même espace. L'intervention se déroule en silence. Chaque acteur sait ce qu'il a à faire, conformément aux protocoles. Ainsi, tandis que le médecin agit au niveau du champ opératoire, la panseuse procède à l'alimentation des outils informatiques et papiers destinés à la traçabilité des actes effectués (feuille d'écologie et feuille papier : fiche d'identité de l'intervention (nom des acteurs, heure de l'induction puis de l'intervention...) ; matériel utilisé sur le patient, etc.) mais aussi à la coordination avec le reste du personnel de la clinique (programme de supervision du bloc). Les actions des différents acteurs en salle sont complémentaires et ils ajustent leurs gestes respectifs à travers le regard. L'extrait précédent témoigne par ailleurs d'une relation personnelle qui s'est établie entre médecin et infirmière (tutoiement, emploi des prénoms...). Nous reviendrons par la suite sur les origines et les conséquences de ce constat. Enfin, cet extrait d'observation met à nouveau en évidence le contexte de productivité, d'efficience, dans lequel travaillent les acteurs : l'infirmière fait gagner du temps au médecin en préparant le « *compte-rendu opératoire* » (nom du patient, date de naissance, nature de la procédure réalisée), un document que le chirurgien doit rédiger après chaque intervention. Elle tente également d'avancer au maximum dans le rangement de la salle bien que l'intervention ne soit pas terminée et se projette ainsi déjà dans la suite du programme.

d. Optimiser la suite du programme

En effet, une fois l'intervention terminée, l'équipe doit procéder à la désinstallation et au nettoyage de la salle, avant de préparer celle-ci pour la procédure suivante. Compte-tenu du contexte d'efficience que nous mettons ici en évidence, l'organisation de la suite du programme commence en réalité parallèlement à l'intervention en cours : d'une part, parce que les infirmières ont véritablement intériorisé ce mode de fonctionnement et sont ainsi sans cesse dans l'anticipation ; d'autre part, du fait d'un système particulier développé au sein du bloc orthopédie : la « *rotation des salles* ».

Encadré n°12 - L'organisation de la suite du programme

Situation 1 - L'anticipation de la suite du programme (Bloc cardiologie)

En salle d'intervention n°1. Une des infirmières, seule, termine de préparer la salle. (...) Elle téléphone ensuite au brancardier pour qu'il descende le patient suivant : l'examen qui se prépare est une coronarographie, il dure entre 20 à 30 minutes selon le chirurgien, donc elle anticipe, elle appelle le brancardier avant de débiter l'intervention afin de lui laisser le temps de descendre le patient et de laisser le temps aux infirmières disponibles

d'interroger son patient une fois qu'il sera arrivé au bloc. Ainsi, l'équipe de la salle 1 n'aura pas à attendre : sitôt l'examen du patient précédent terminé, « on peut installer directement, quand la salle est prête ». La temporalité à laquelle est passé ce coup de téléphone relève d'un savant mélange : le patient doit être descendu suffisamment tôt pour qu'il soit amené dès que la salle est prête. Toutefois, il ne doit pas être descendu trop tôt pour qu'il n'attende pas trop, explique l'infirmière.

Situation 2 - Les normes tacites de fonctionnement dans l'organisation de la suite du programme (Bloc orthopédie)

En salle d'intervention (ophtalmologie). En ophtalmologie (spécialité prise en charge au bloc orthopédie), l'équipe n'appelle pas le brancardier pour descendre le patient suivant. Celui-ci descend de lui-même les patients, au fur et à mesure, et les amène directement en salle locorégionale (salle par laquelle passe le patient pour subir une anesthésie locale avant d'être amené en salle d'opération). Ce mode de fonctionnement permet d'aller plus vite, d'enchaîner les interventions puisqu'une procédure en ophtalmologie dure entre 8 et 13 minutes. La panseuse affectée à l'ophtalmologie pour la journée me confie qu'entre les interventions, il n'y a pas de ménage de fait, ils n'ont pas le temps. Ils le faisaient au départ mais les médecins ont dit non. Le ménage est fait entre la vacation du matin et de l'après-midi et le soir, uniquement. Ils savent qu'ils devraient pourtant nettoyer entre chaque intervention, me dit la panseuse. (...) Elle en vient à souligner la tension qu'elle éprouve entre la nécessité de faire vite (pression mise par le chirurgien) et l'envie, la volonté de bien faire son travail (pour le patient).

En situation normale, les différentes tâches prises en charge par les infirmières s'inscrivent sans cesse dans cette logique d'efficacité. Ainsi, dans la première situation, l'infirmière pour ne pas perdre de temps enjoint le brancardier à descendre le prochain patient sans même attendre que l'intervention n'ait débuté. Au-delà des solides compétences d'anticipation et de planification que cela suppose, les infirmières doivent disposer d'un certain nombre de savoirs sous-jacents nécessaires à ce travail d'anticipation : elles doivent d'une part avoir une parfaite connaissance de la procédure qui va être réalisée sur le patient, et plus précisément connaître la durée exacte de cette intervention en particulier, lorsque elle est réalisée par le médecin concerné¹³⁴. Par ailleurs, l'infirmière doit avoir connaissance du temps que prend ce brancardier spécifique (celui qui est

¹³⁴ Ce qui suppose que les temps opératoires soient standards : on peut d'emblée s'interroger sur la façon dont les acteurs vont réguler la situation lorsque l'intervention se prolonge au-delà de la durée habituelle (complication en salle par exemple) ou à l'inverse quand elle est menée plus rapidement que prévu par le chirurgien, nous y reviendrons par la suite.

formellement en charge des patients du bloc cardiologie lors de cette journée) pour descendre le patient en fonction de l'aile dans laquelle est hospitalisé ce dernier. Enfin, l'infirmière doit être capable d'estimer le temps que mettront les infirmières à réaliser l'accueil de ce patient lors de son arrivée au bloc. Dans la seconde situation, la routine de fonctionnement mise en place a tout bonnement conduit à supprimer les appels téléphoniques : le brancardier descend les patients sans attendre la demande de la panseuse, afin de ne pas perdre de temps. Et au nom de cette norme sous-jacente, celle de l'efficacité, le mode de fonctionnement adopté va parfois jusqu'à produire des entorses à certaines procédures (d'hygiène dans la situation 2), estimées par tous mais surtout par les médecins, trop coûteuses en termes de temps. Déjà émerge l'idée de la nécessité pour les soignants d'arbitrer entre des logiques d'efficacité et de qualité (situation 1 : il ne faut pas attendre le patient entre deux interventions (ne pas faire attendre le médecin) mais celui-ci ne doit pas non plus être placé trop longtemps dans une situation d'attente) et finalement d'une délicate conciliation entre ces deux logiques (situation 2) : les valeurs que portent les acteurs de soins dans leur travail, à savoir la préoccupation de la sécurité et du bien-être du patient, se trouvent alors parfois mises en porte-à-faux.

Au-delà du brancardier, ce sont aussi les agents de service hospitaliers qui sont contactés par la panseuse : ils doivent quant à eux procéder au nettoyage de la salle à l'issue d'une intervention (sauf exception, à l'instar du cas présenté ci-dessus), tandis que les infirmières se chargent de désinstaller le matériel en place.

Encadré n° 13 - Procédure de désinstallation et rangement de la salle (Bloc cardiologie)

En salle d'intervention. La coordinatrice (qui rangeait l'arsenal du bloc) entre dans la salle 1. Elle a entendu que l'opération était terminée. Avec l'habitude¹³⁵, elle reconnaît certains bruits : le bruit que fait l'ASH lorsqu'elle prend la serpillère (si elle prend la serpillère c'est qu'une intervention est terminée quelque part) ; mais également les voix des infirmières (panseuses et aides-opératoires) qu'elle sait affectées à la salle 1 (si elle entend leur voix c'est que la porte est ouverte) ; et surtout le bruit du brancard qu'on amène en salle pour transférer le patient. Quatre personnes s'affairent autour de la patiente (les trois infirmières et l'ASH venue en renfort). Une des infirmières appelle la patiente : « Madame [nom de la patiente] ? » ; pas de réponse de la patiente ; « Madame [nom de la patiente] ? » ; la patiente réagit un peu ; « C'est fini l'examen, on vous transfère, ne bougez pas ». Elle compte : « 1-2-3 » et les trois infirmières et l'ASH

¹³⁵ Infirmière possédant une expérience de 7 ans dans ce bloc opératoire.

soulèvent dans un même mouvement la patiente et la transfèrent de la table au brancard (deux personnes de chaque côté).

On le voit dans cet extrait, la préparation de la suite du programme implique le respect d'un certain nombre de protocoles (établis dans un ordre particulier) : sortir le patient de la salle et l'accompagner en SSPI sur un brancard, ranger le matériel utilisé lors de l'intervention, procéder au bio-nettoyage de la salle (sol, matériel...), afin de réinstaller la prochaine procédure. Le même constat émerge à nouveau à la lecture de cet extrait d'observation : des infirmières (ici la coordinatrice) qui ne sont pas affectées à cette salle pour la journée opératoire peuvent venir en soutien afin de gagner du temps sur cette étape de la prise en charge. L'entraide entre les personnels (infirmiers et agents) est également tournée vers le patient et sa sécurité, lors du transfert de celui-ci sur le brancard. La coordination entre les personnels passe à titre principal par le regard et la connaissance du protocole (les infirmières savent ce qu'elles peuvent installer, en voyant ce que l'agent a nettoyé) mais on voit également se dessiner l'usage de « codes » entre les personnels afin d'ajuster leurs gestes : ici, le comptage jusqu'à 3 (et la connaissance de cette norme de fonctionnement tacite : les personnels savent qu'ils comptent jusqu'à 3, et non jusqu'à 5 par exemple) permet que tous les acteurs réunissent leurs gestes en « *un même mouvement* ». Nous y reviendrons par la suite. Enfin, l'on voit à travers cet exemple le rôle joué par l'architecture qui constitue un véritable déterminant à la coordination entre les acteurs dans l'accomplissement des différentes étapes de la prise en charge des patients. Dans le cas étudié, la conception des espaces (la proximité des différents espaces de travail et les portes d'entrée des salles qui donnent sur un même couloir) permet aux acteurs de recueillir des informations (ici à travers l'ouïe) sur le déroulement de l'activité. Toutefois, même si elle en constitue un support important, la conception des espaces de travail ne garantit pas la qualité de la coordination entre les acteurs : elle doit être accompagnée de la détention par les acteurs des connaissances sous-jacentes nécessaires à la bonne compréhension/interprétation des stimuli qu'ils reçoivent afin d'en tirer des informations pertinentes. Ici, l'infirmière-coordinatrice est capable de s'informer de l'avancement des différents programmes sans pour autant avoir la vision des actions qui se déroulent en salle (elle se trouve dans une salle fermée, « *l'arsenal* »), en interprétant les différents sons (voix, brancard, serpillères...) qui lui parviennent du bloc et en leur donnant du sens selon les connaissances qu'elle possède (d'une part tirées de son expérience mais également tirées des informations dont elle dispose sur l'organisation de la journée opératoire (quelles infirmières dans quelles salles ce jour là)).

Dans cet extrait, le nettoyage et le rangement de la salle puis l'installation de la future procédure succèdent à la réalisation de l'intervention : c'est le mode de fonctionnement que l'on retrouve au bloc cardiologie. En orthopédie en revanche, en raison de la taille importante du bloc opératoire, un système particulier a vu le jour et qui permet d'organiser la suite du programme alors même que l'intervention précédente est en cours : la « *rotation des salles* ». Nous l'avons vu, le bloc orthopédie comprend sept salles d'opération dont l'une est consacrée à l'activité ophtalmologique. Six salles sont donc destinées aux chirurgiens orthopédiques. Or, seuls trois ou quatre médecins opèrent chaque jour au bloc orthopédie puisque les médecins ne sont pas systématiquement présents au bloc opératoire : ils alternent au cours de la semaine entre leur cabinet médical (les rendez-vous avec les patients qui subiront une intervention) et le bloc opératoire (l'activité chirurgicale qu'ils exercent sur une matinée, un après-midi, voir la journée complète, selon les jours arrêtés lors de la planification de l'activité). Dès lors, le bloc opératoire orthopédique dispose de davantage de salles d'intervention qu'il n'y a de chirurgiens à opérer sur la journée. Toujours dans une optique d'efficacité, certains médecins vont ainsi avoir la possibilité de « *tourner* », c'est-à-dire de réaliser leur programme opératoire sur deux salles. Des procédures rigoureuses régissent ce système de rotations : les affectations de salles sont préétablies sur les programmes opératoires (chaque intervention se voit doter d'une salle d'opération) et les chirurgiens en droit de tourner sont formellement désignés (cette décision est formalisée sur un document affiché dans le bureau des médecins) par le manager de proximité pour chaque vacation. « *On a travaillé d'abord sur la planification des vacations chirurgicales, et... enfin c'est nous, c'est moi, qui ai imposé aux chirurgiens des jours où il était prévu qu'ils tournent et les autres jours opératoires ils ne tournent pas (...). Donc c'est un planning que nous avons fait. Donc ils ont chacun leurs jours où ils peuvent tourner, et puis les autres jours seront des jours opératoires où ils savent qu' (...) ils ont une salle où ils peuvent opérer, point final* » (Ex-responsable des soins et du plateau technique). En théorie, cette pratique de « *rotation des salles* » doit permettre aux chirurgiens d'économiser le temps qui ne concerne pas l'intervention proprement dite, à savoir les périodes d'installation et de désinstallation de la salle et du patient, périodes non-directement productives pour ces médecins et sur lesquelles ils ne sont pas impliqués. Dans la pratique, cela suppose de disposer d'un nombre d'infirmières suffisant puisque la salle destinée à faire tourner le chirurgien doit être préparée alors même que le médecin est en train d'opérer un autre patient dans une autre salle. La panseuse de ce praticien est donc elle-même occupée dans cette salle et ne peut se libérer pour préparer la prochaine intervention. C'est dans ce but que le poste d'infirmière en « *plus* » a été institué. Les infirmières en « *plus* » préparent les diverses

salles d'opération, accueillent les patients puis les installent en salle, et sont aussi amenées à ranger les salles une fois l'acte chirurgical terminé. Mais elles ne participent pas à l'intervention. Elles n'agissent ainsi que sur une partie de la trajectoire du patient.

**Encadré n° 14 - Les infirmières en « plus » et la dimension d'efficacité sous-jacente
(Bloc orthopédie)**

En orientation. 12h40. Un infirmier du soir entre en salle d'orientation pour prendre son poste : « ça a été ce matin ? » demande-t-il aux infirmières. Il demande d'emblée s'il y a du « plus » cet après-midi. « Juste un », lui répond une infirmière. Il voit sur le programme papier que les différents programmes sont bien avancés.

Le dispositif ainsi mis en place est appréhendé par tous comme une source d'efficacité importante, on le voit dans cette situation : lorsque les infirmières du soir débutent leur vacation, il est fréquent que la première question qu'elles adressent aux infirmières du matin concerne le nombre d'infirmières en « *plus* » affectées au programme de l'après-midi, afin de savoir si elles auront la possibilité de « *tourner* » entre deux salles. Véritable marge d'ajustement pour les acteurs face à des programmes opératoires chargés (puisqu'il permet de tourner entre deux salles et donc de terminer plus rapidement les programmes), le système de rotation des salles est ainsi constamment adapté à l'activité réelle et constitue de ce fait une source de désorganisation importante au sein du bloc opératoire. Nous y reviendrons lorsque nous traiterons des situations perturbées. Nous soulignerons notamment le rôle de l'infirmière-coordinatrice dont nous n'avons pas traité jusqu'ici et qui se révèle être un acteur central dans la coordination entre les infirmières en « *plus* » et les équipes des différents médecins désignés pour tourner sur cette journée opératoire.

Finalement, nous ne retrouvons pas au sein des deux blocs opératoires des infirmières uniquement focalisées sur une trajectoire patient pour laquelle elles assureraient la prise en charge intégrale de l'accueil du patient à son accompagnement en salle de réveil. Chaque infirmière (et notamment les infirmières « *hors salles* ») peut être impliquée sur de multiples trajectoires patients simultanément¹³⁶ (par exemple : accueillir un patient puis aider à la préparation de la salle pour un autre patient).

¹³⁶ C'est dans cette perspective que l'unité d'analyse de l'activité retenue diffère de la trajectoire du patient (Strauss, 1992a) : le travail des infirmières, nous l'avons vu dans cette partie, ne semble pas structuré par les trajectoires de malades mais s'apparente davantage à des situations de gestion (Girin, 1990a ; 1983a). Voir la section 3 (3.2) du chapitre 3 pour avoir plus de détails sur ce point. Nous y reviendrons plus largement dans la suite de notre propos (chapitres 7 et 8).

1.2. Entraide et construction d'une identité collective

Si en situation normale, on recense peu de communications orales directement centrées sur le travail, on y observe en revanche de nombreux échanges personnels, principalement au sein de l'équipe en orthopédie et davantage entre les médecins et l'équipe en cardiologie. A travers ces communications, se tissent des liens privilégiés, se créent des relations interpersonnelles entre les acteurs, et se constitue parfois au sein du groupe étudié une véritable identité collective, favorisant l'instauration de routines de fonctionnement (entraide, normes tacites d'organisation acceptées par tous...).

1.2.1. Les relations interpersonnelles aux blocs opératoires

D'une façon générale au sein des blocs opératoires, la proximité du médecin, figure noble de la clinique, favorise le développement de relations privilégiées entre les praticiens (anesthésistes¹³⁷ mais surtout chirurgiens) et les personnels de soins. Véritable source de fierté, ce point est fréquemment mis en évidence par les acteurs rencontrés en entretien, quelque soit la fonction occupée : « *Le bloc, c'est là que tout se passe, c'est le noyau, de là que tout part, le contact avec les médecins, les anesthésistes* » (aide-soignante de bloc). Plus précisément, c'est en salle d'opération que l'essentiel des interactions entre le médecin et l'équipe se déroule. Or, les tâches que le cadre de proximité prend en charge ne l'amènent pas à travailler dans cet espace fermé particulier, un endroit dans lequel le médecin et l'équipe passent l'essentiel de leur temps et un lieu à forte teneur émotionnelle de par le travail qu'ils y réalisent (tensions, soulagement, réussite...). Le responsable de proximité est dès lors exclu de la relation qui se tisse entre le médecin et l'équipe au sein des salles d'intervention.

Encadré n° 15 - Conversations personnelles médecins / infirmières en salle d'intervention et délégation de tâches (Bloc orthopédie)

En salle d'intervention. Les infirmières et l'anesthésiste plaisantent et chantent avec le patient, tandis qu'ils l'endorment. Une fois le patient endormi, l'anesthésiste dit à la panseuse qu'elle a le droit d'intuber le patient, mais elle n'y arrive pas. Après plusieurs essais, c'est l'anesthésiste qui le fait. (...) Ils tournent le patient à 4 (l'aide-opérateur est entrée dans la salle et les assiste) : « 1-2-3 ». Ils discutent maintenant de séries télévisées.

¹³⁷ A la différence des chirurgiens, les anesthésistes ne sont pas spécialisés sur un bloc en particulier : ils sont régulièrement amenés à tourner entre les différents blocs. De ce fait, les liens tissés entre les anesthésistes et l'équipe sont moins profonds qu'avec les chirurgiens.

Les procédures réalisées sont pratiquées de manière routinière au bloc opératoire. La coordination en salle, nous l'avons vu, ne repose pas sur des échanges verbaux mais davantage sur la connaissance de la procédure. La communication prend dès lors une tournure plus personnelle entre l'équipe et le médecin et les échanges sont ainsi destinés à « casser » la routine, à rompre avec la monotonie des actes que l'on réalise de manière répétitive. Le patient, bien qu'il soit parfois éveillé pendant l'intervention (exemple du bloc cardiologie où les anesthésies locales sont plus courantes que les anesthésies générales), est paradoxalement oublié, alors même qu'il est l'« objet » du travail de l'équipe. Cette notion d'« objet » prend ici tout son sens, le patient étant réduit à l'état de simple corps, et l'on voit les effets de l'industrialisation des pratiques sur le travail ainsi « déshumanisé ». Les soignants, quels qu'ils soient, prennent conscience de ce phénomène qu'ils supportent difficilement. Ils ressentent ainsi un véritable décalage entre le métier tel qu'il l'exerce aujourd'hui et la représentation qu'ils en ont : « *Les patients, on oublie que c'est des personnes* » (Infirmière de bloc) ; « *J'étais en locorégional (...), j'ai dit à l'anesthésiste "votre épaule est prête". Le monsieur me regarde et me dit "je ne suis qu'une épaule pour vous ?". Ce monsieur là, il m'a marqué* » (Infirmière salle de réveil). Toutefois, en début d'intervention (lors de la préparation et avant l'anesthésie, qu'elle soit locale ou générale), la constitution de relations personnelles entre le médecin et l'équipe, s'appuie aussi sur le patient. Car bien que ces procédures soient de l'ordre du quotidien pour les personnels qui les réalisent, chaque intervention est unique pour le patient qui la subit. L'angoisse ressentie par celui-ci est sous-jacente à l'activité et les échanges entre le médecin et l'équipe procèdent ainsi d'une saynète mainte fois répétée visant à dérider le patient, à dédramatiser la situation dans laquelle il se trouve. Ces conversations tournées vers le patient relèvent ainsi d'un quasi-scénario où l'humour est à son tour routinisé : au cours de nos observations, une infirmière du bloc cardiologie nous confiait à ce titre avoir récemment pris conscience qu'elle faisait la même plaisanterie à tous ses patients de la journée « *Allez, on s'allonge, comme à la plage !* ». Emerge ainsi, au bloc opératoire, une véritable tension entre l'aspect industriel du travail et l'objet sur lequel l'équipe travaille, à savoir l'être humain.

L'établissement de relations spécifiques entre le médecin et l'équipe repose aussi, nous le voyons, sur l'adaptation de la règle par le médecin. Un certain nombre de gestes médicaux sont en effet délégués par les médecins aux infirmières de manière provisoire (c'est le cas dans la situation présentée ici) comme définitive (« *comprimer* » un patient, le recoudre, etc.). Ainsi, la noblesse du métier au bloc opératoire tient autant des relations interpersonnelles qui se tissent avec cette figure particulière qu'est le médecin (il appelle les infirmières par leur prénom, il plaisante avec elles) que des responsabilités importantes

que les infirmières de bloc se sentent posséder, par rapport aux infirmières des étages, de par la complexité et la technicité des actes qui leur sont confiés. Mais ces délégations de tâches, si elles renvoient aux infirmières le reflet d'un travail plus valorisant, s'accompagnent aussi de sentiments ambivalents : entre fierté et tension supplémentaire, les infirmières s'inquiètent ainsi des conséquences potentielles d'une telle responsabilité en cas de problèmes. Face au détournement des règles par les médecins, les infirmières ont alors la préoccupation constante de se protéger (par exemple, les infirmières de cardiologie ont demandé aux médecins de signer un papier sur lequel ils attestent prendre la responsabilité du fait qu'ils se déchargent d'un acte médical, la compression du patient, auprès des infirmières de bloc). Au bloc opératoire, comme dans les services, la nécessité de se protéger face à l'adaptation des règles par les médecins donne alors à l'écrit une place prépondérante, comme l'expliquait une responsable de service au cours d'un entretien : « *On n'arrête pas de leur dire : « notez tout ! ».*

Si les salles d'opération constituent des espaces propices à la construction de relations interpersonnelles au sein des blocs opératoires, à travers des mots (plaisanteries, échanges personnels, *etc.*) ou des actes qui témoignent de l'instauration d'une relation de confiance (délégation de tâches), d'autres lieux, et particulièrement les espaces centraux de travail favorisent l'émergence de conversations personnelles entre les acteurs du bloc. Toutefois, les relations interpersonnelles qui se nouent au bloc orthopédie diffèrent du bloc cardiologie, du fait d'une conception des espaces centraux de travail (emplacement et équipement) divergente.

a. Le cas du bloc cardiologie : la présence des médecins en salle de commande

**Encadré n° 16 - Conversation personnelle médecin / infirmière en salle de commande
(Bloc cardiologie)**

En salle d'intervention. Le médecin de la salle 1 part se laver les mains et revient en salle 1. Au passage, dans la salle de commande, il échange avec une infirmière de la salle 2 : « Vous êtes en rythmo ? (...) Moi c'est la dernière ». L'infirmière lui répond : « Vous êtes un chanceux ! ». Mais il lui rétorque que sa journée n'est pas finie après (courrier, *etc.*). L'infirmière : « On sait qu'il n'y a pas que le bloc », d'un ton qui sous-entend la rengaine car les praticiens expriment ce constat bien souvent.

La salle de commande, espace central du bloc cardiologie du fait de l'emplacement occupé (entre les deux principales salles d'interventions) et de l'équipement qu'elle s'est vu conférée (postes informatiques, vitres donnant sur les salles d'opération, *etc.*) constitue un lieu de croisement des acteurs (y compris le responsable de proximité) tout

autant qu'un espace de travail commun (plusieurs fonctions sont susceptibles d'y travailler conjointement, des infirmières lors de la préparation des interventions aux médecins pour rédiger les comptes-rendus opératoires). Ainsi, dans cet extrait, un médecin et une infirmière qui ne sont pas affectés à la même salle d'intervention (et qui n'ont ainsi pas la possibilité d'échanger au cours d'une procédure en salle d'opération) se croisent dans l'espace central de travail et la conversation qu'ils entament ne porte pas directement sur le travail réalisé. Déjà, l'ambivalence de la relation entre médecins et personnels du bloc se fait sentir, une relation empreinte d'émotions contradictoires. Aux sentiments de fierté et à la satisfaction de côtoyer cette figure « *noble* » au quotidien, de nouer avec elle des liens privilégiés, se mêle en effet un besoin de reconnaissance et une délicate intercompréhension entre des acteurs aux fonctions très différentes bien que tournées vers le patient. Par exemple, l'extrait présenté ici témoigne d'une difficile compréhension entre les acteurs sur ce qui constitue pour chacun un constant objet de tension au bloc opératoire : la question du temps. Ainsi, une source de satisfaction pour les infirmières, telle que la délégation d'actes médicaux, peut devenir un argument critique lorsque les praticiens évoquent la pression du temps liée à l'ensemble des tâches annexes (administratives, visites...) qu'ils signalent devoir prendre en charge en plus des interventions. Les infirmières soulignent ainsi fréquemment que les médecins, lorsqu'ils terminent leur programme opératoire, laissent l'aide-opératoire recoudre le dernier patient et ne réalisent pas tout le travail qu'ils laissent en suspens (le rangement, l'attente en salle de réveil que le patient se réveille, etc.) lorsqu'ils ont, pour leur part, achevé leur journée. « *Ils [les chirurgiens] en mettent trop sans tenir compte que bon, euh ils programment leur truc jusqu'à 19h, à 20h30 ils sont partis hein, après ils en ont plus rien à faire, ils se posent pas la question de savoir jusqu'à quelle heure ça va durer pour les autres quoi hein. Voilà. Eux 19h30 c'est parfait à 20h ils sont là pour diner. Ah ouais ils partent euh c'est même pas eux qui font le pansement c'est l'aide-opératoire hein. (...) hop ils font leur petit courrier et ils s'en vont* » (infirmière de salle de réveil). Finalement, dans le contexte de pression du temps systématiquement mis en évidence par le médecin, mais aussi face à la tension des actes que l'on réalise au quotidien et qui touchent à la vie et à la mort, la relation entre médecins et équipes abonde de paradoxes : elle oscille constamment entre les échanges de plaisanterie et autres distractions (comme cette infirmière et ce médecin à la réputation inflexible qui, en salle de commande, engagent des paris avec gages à la clé sur la taille d'un coronaire bouché) et les affrontements et divers reproches que ces deux catégories d'acteurs s'adressent mutuellement.

Et contrairement aux salles d'interventions, le cadre de proximité n'est pas ici exclu des relations interpersonnelles qui se tissent entre le médecin et l'équipe, puisque lui-même est amené à se rendre dans cet espace (obtenir des informations, contrôler visuellement que tout se passe bien dans les différentes salles d'opération à travers les vitres, *etc.*). A la différence du bloc orthopédie mais à l'instar de son équipe, le cadre de proximité a ainsi noué des relations privilégiées avec les médecins de cardiologie.

Encadré n° 17 - La salle de commande, lieu de rencontre entre le responsable de proximité et les médecins (Bloc cardiologie)

Situation 1 - Des échanges portant sur le travail dans une interaction de face à face

En salle de commande. En retournant vers son bureau, la cadre de proximité passe dans la salle de commande et pose une question au médecin de la salle 1, qui fait son compte-rendu, sur du matériel spécifique (des « stents actifs ») qu'il a demandé à la responsable.

Situation 2 - Une relation dépourvue de neutralité

En salle de commande. Regardant l'intervention en salle 2, la responsable m'explique qu'elle reste volontairement en salle de commande pour que le médecin voie qu'elle est là car c'est une procédure complexe qui se déroule dans la salle 2 et l'infirmière en salle n'a pas l'habitude de cette procédure. Elle m'explique qu'en cas de problème, elle sait que le médecin est rassuré de la voir à côté.

On le voit dans le premier extrait présenté ici, les échanges entre les médecins et le responsable portant sur le travail se déroulent dans le cadre d'une interaction en face à face (situation 1), au sein de la salle de commande, à la différence du bloc orthopédie où le responsable de proximité a davantage recours à un outil d'intermédiation : le téléphone. Plus profondément, la seconde situation montre qu'une véritable relation interpersonnelle s'est instituée entre les médecins et le responsable de cardiologie, dans laquelle chacun s'engage émotionnellement (rassurer, taquiner...). La salle de commande joue dans ces extraits un rôle important puisqu'elle permet de communiquer et de recueillir des informations visuellement (savoir où se trouve le responsable et renvoyer des informations rassurantes).

En revanche, à la différence du bloc orthopédie, le bloc cardiologie n'offre pas d'espace propice au développement d'échanges personnels au sein de l'équipe. Les acteurs ne disposent pas de lieu fermé dans lequel ils pourraient se confier sur leur journée de travail, sur les éventuels problèmes rencontrés auprès d'un médecin, sur les craintes, les doutes ou les réussites qui façonnent le quotidien. Le travail de soignant est en effet

porteur d'une forte charge émotionnelle, et les acteurs sont ainsi soumis à des pressions incessantes, qu'elles concernent, nous l'avons vu la vie du patient, le temps voire même des impératifs de coûts. Le partage des émotions est donc un élément important dans la journée de l'équipe et favorise par là la constitution d'une identité collective par laquelle on se reconnaît comme un groupe uni autour de valeurs et de difficultés communes. Mais la présence des médecins en salle de commande n'autorise pas ou du moins rend difficile le développement de ce type d'échanges puisqu'une bonne partie de ces conversations porte justement sur le médecin qui incarne à la fois en sa fonction de chirurgien, la source de tension dans laquelle l'équipe travaille et qui touche à la question de la vie et de la mort, mais aussi en sa fonction de praticien libéral et d'actionnaire, la source de pression sur le temps et les coûts éprouvée au quotidien par les personnels. La salle de pause pourrait, dans cette perspective, permettre d'établir de tels liens, les acteurs qui s'y retrouvent, s'étant extirpés du travail qu'il reste à réaliser et étant ainsi en mesure de prendre du recul sur les actions passées.

Encadré n° 18 - Description de la salle de pause (Bloc cardiologie)

La salle de pause est une salle très exiguë. Lorsqu'ils n'ont pas de place assise (ce qui est fréquent car la salle de pause est souvent bien remplie et les personnels y viennent en nombre), les acteurs sont sans cesse obligés de se déplacer pour permettre d'accéder à la machine à café, à la poubelle, à la vaisselle, etc.

(...) « *Notre salle de repos actuelle est une toute petite salle pour accueillir beaucoup de monde* », me dit une infirmière : le bloc ambulatoire, le bloc cardiologie, la salle de réveil commune aux deux blocs, les brancardiers, les ASH, etc. Quelques médecins viennent parfois également prendre un café dans cette salle.

Toutefois, au bloc cardiologie, les acteurs ne se rendent pas en salle de pause facilement ni en trop grand nombre puisque celle-ci est éloignée (ils sont obligés de sortir du bloc et de repasser devant leur vestiaire avant d'entrer en salle de pause) et de taille exiguë. La salle de pause est par ailleurs partagée entre différents blocs et un grand nombre de fonctions s'y côtoient (y compris les médecins), rendant dès lors délicat les confidences et autres conversations personnelles favorables à la constitution d'une identité collective.

Les espaces de travail communs au bloc cardiologie favorisent ainsi la constitution de solides liens interpersonnels entre l'équipe, le cadre de proximité et les médecins. En revanche, il n'existe pas de lieux, en cardiologie, dans lesquels l'équipe est à même de se retrouver, de partager, et ainsi de se construire en tant que groupe solidaire conscient de partager des valeurs et des problématiques communes. Au bloc orthopédie, au contraire,

l'équipe d'infirmières a véritablement investi l'espace central que constitue la salle d'orientation : dès lors, il n'existe pas de lieux, hormis en salles d'opération, dans lesquels équipe, responsable et médecins peuvent se rencontrer, mais la salle d'orientation devient le terrain propice à la constitution d'une véritable identité collective au sein de l'équipe d'infirmières.

b. Le cas du bloc orthopédie : le développement de relations personnelles au sein de l'équipe

La salle d'orientation se caractérise en premier lieu par l'absence des médecins de cet espace : ces derniers possèdent leur propre bureau au sein du bloc orthopédie, dans lequel ils se rendent dès l'intervention terminée pour rédiger leur compte-rendu. Ils évoluent ainsi tout au long de la journée entre les salles d'opération et ce bureau et n'éprouvent à aucun moment le besoin de se rendre en salle d'orientation. Cette caractéristique fondamentale ne favorise pas la création de liens interpersonnels avec les médecins. Certes, les salles d'opération constituent des espaces propices à l'établissement de telles relations entre l'équipe et les chirurgiens, mais, dans ces circonstances, aucun lieu ne permet au responsable de proximité de tisser de tels liens avec les praticiens. La majeure partie des interactions médecins/cadre de proximité se déroule ainsi à travers le téléphone et les relations entre ces deux catégories d'acteurs sont empreintes de tensions et d'incompréhensions. Manager l'équipe dans ce contexte est rendue extrêmement difficile puisque le cadre de proximité est exclu de l'ensemble des relations qui se tissent entre les médecins et l'équipe du bloc.

Encadré n° 19 - Les relations entre médecins / équipe / responsable de proximité et les difficultés de management (Bloc orthopédie)

En salle de pause. Un infirmier (José) et une infirmière (Roxanne) discutent. Le cadre de proximité entre. José demande au responsable : « Comment tu fais pour gérer par rapport à l'absence d'Adrien [le responsable du plateau technique qui a récemment démissionné en mettant en avant la considérable charge de travail] ? ». Le responsable les informe qu'une solution intermédiaire a été trouvée : le responsable ordonnancement a pris temporairement en charge la responsabilité du plateau technique. Il leur dit aussi qu'il comptait leur dire lors de la réunion qu'il a fixée au lendemain. Roxanne lui dit qu'elle l'avait déjà appris par un médecin (membre du Directoire), en salle d'opération.

Les praticiens de la clinique étudiée en sont aussi les actionnaires. Ils reçoivent à ce titre, et à l'instar du cadre de proximité, un certain nombre d'informations qui concernent l'organisation du travail. Or, au bloc opératoire, les médecins consacrent l'essentiel de

leur temps en salle d'opération, un espace fermé duquel le cadre de proximité est absent. Les interactions qui se déroulent en salles d'intervention échappent ainsi nécessairement à ce dernier. Et puisque c'est uniquement entre ces murs que se tissent les relations interpersonnelles entre l'équipe et les médecins, les conversations ne portent pas systématiquement sur la procédure qui se réalise et les praticiens peuvent ainsi être amenés à outrepasser leur fonction, à contourner le cadre et le rôle qu'on leur attribue formellement dans l'organisation et à dispenser des informations qui le sont alors de manière éparse, on le voit dans l'extrait précédent. L'autorité du cadre de proximité, déjà largement menacée par l'existence de cette figure emblématique au bloc opératoire, tantôt chirurgien (et donc possédant l'expertise), tantôt « *patron* » (possédant ainsi les informations liées à l'organisation), est dès lors mise à mal.

Par ailleurs, la salle d'orientation est l'espace de travail formellement octroyé à l'infirmière-coordinatrice et à l'infirmière de caddies. C'est un lieu doté d'un certain nombre d'outils de structuration de l'activité : poste informatique permettant notamment d'accéder au programme opératoire ; plannings papiers des personnels... C'est également l'espace privilégié de la communication écrite au sein du bloc puisqu'on y trouve le cahier de transmission, les éventuelles vacations à pourvoir proposées par le cadre de proximité, *etc.* Et c'est un lieu dans lequel les acteurs, nous en reparlerons par la suite, ont adapté et se sont réappropriés des outils de gestion déployés par l'organisation. La salle d'orientation est aussi l'espace qui regroupe le matériel provenant de la stérilisation, nous l'avons vu précédemment, et qui constitue le point de passage obligé pour les acteurs qui souhaitent accéder au matériel livré par la pharmacie (dotations à usage unique), stocké dans une salle attenante (« *l'arsenal* »). Dès lors, la salle d'orientation constitue un lieu de croisement important pour les infirmières, qui s'y rendent (lorsqu'elles n'y travaillent pas déjà) à de nombreuses reprises et tout au long de leur journée de travail afin de consulter les outils mis à disposition, recueillir des informations auprès des infirmières qui s'y trouvent, aller chercher un matériel supplémentaire avant une intervention, *etc.* Au sein de cet espace de travail fermé et quasi dédié à l'équipe d'infirmières, les échanges portant sur l'activité sont déjà en eux-mêmes l'occasion de donner une tournure plus personnelle aux conversations.

**Encadré n° 20 - La dimension affective dans le travail en salle d'orientation
(Bloc orthopédie)**

En orientation. Une infirmière du soir arrive (...) en orientation. La coordinatrice l'interroge : « T'es où ma belette ? (Elle regarde sur le programme). Faut que t'ailles opérer Monsieur [Nom et prénom d'un patient], la salle est prête ! ». L'infirmière du soir

regarde le programme sur la salle où elle est affectée. « Oh, ils sont que là ! (...) On n'aura pas fini ce soir... ». La coordinatrice lui montre l'avancement des autres programmes qui sont bien avancés : « donc tu vas tourner », la rassure-t-elle.

L'usage d'un surnom confère une teneur presque affective à cet échange. En salle d'orientation, les conversations qui se déroulent au sein de l'équipe, même dans le cadre d'un travail formellement établi (la relève), mêlent ainsi inextricablement contenus professionnels et relations interpersonnelles. Les liens privilégiés qui se tissent entre les acteurs s'appuient sur une compréhension réciproque - on connaît et reconnaît les problématiques de notre interlocuteur, car on les a soi-même déjà rencontrées (les infirmières occupent tour à tour les différents postes) - qui conduit à s'impliquer émotionnellement dans la relation à l'autre (ici l'infirmière-coordinatrice tente de rassurer sa collègue par un élément sur lequel elle a de la maîtrise : les rotations de salles). L'extrait de terrain présenté ci-dessus témoigne ainsi d'une préoccupation constante que partagent les infirmières : la crainte de terminer plus tard sa journée de travail afin d'achever un programme opératoire chargé et qui a pris du retard. Les soignants connaissent en effet de réelles difficultés à trouver un équilibre entre vie familiale et professionnelle et endurent cette tension tout au long de leur journée de travail. Cette problématique revient constamment dans les discours des infirmières de bloc : « *Et souvent ça nous arrive de rester euh pour du "programme froid", c'est-à-dire que les patients qui sont déjà programmés, pour la journée euh, ça nous arrive de rester parce que bah ça a pris trop de retard, enfin le chirurgien a, a du retard sur son programme quoi. Ça nous arrive souvent* » ; « *Les programmes jusqu'à 19h voire 20h, les "programmes froids", enfin pour moi c'est inadmissible* ». Partageant des préoccupations mais aussi des valeurs (tournées vers le bien-être et la sécurité du patient) communes, les infirmières se sentent appartenir à un groupe uni et solidaire : une véritable identité collective s'est ainsi construite au sein de l'équipe.

Cet espace central est aussi devenu un lieu de regroupement pour les infirmières, le point de passage obligé entre deux interventions, qui permet de s'extirper un moment du travail qui les attend en salle d'opération, de prendre une courte pause, tout en échangeant des informations. Dans ces moments, l'espace est totalement réinvesti par les infirmières : l'équipement de la salle est adapté et tables ou bacs contenant du matériel peuvent ainsi faire office de siège. Les conversations prennent dès lors bien souvent une tournure personnelle.

Encadré n°21 - Les conversations personnelles en salle d'orientation (Bloc orthopédie)

En orientation. Une aide et un infirmier entrent en orientation. Le programme du médecin sur lequel ils étaient affectés est terminé. Ils râlent tous les deux, car le médecin leur a dit : « Ça sert à quoi d'avoir deux aides si c'est pour tout faire tout seul ? ». « Il faut prendre à contre-sens ce qu'il dit, en fait, il nous complimente », plaisantent-ils tous les deux. (...) Echangeant sur l'absence des médecins de cet espace, et dès lors la possibilité de s'exprimer librement, les infirmiers présents me confient : « C'est en gros notre espace à nous. (...) On est quand même plutôt tranquille pour se plaindre des médecins ! ». « Généralement, on pousse la porte dans ces cas là », ajoute une autre infirmière. Elle pousse la porte avec son pied pour me montrer. « C'est un code », complète l'infirmière de caddies qui écoute notre conversation tout en préparant des caddies (elle entre et sort de la pharmacie). « Quand on voit la porte fermée, on sait qu'il se trame quelque chose », conclue-t-elle.

Face à la dissémination de l'équipe d'infirmières qui travaille de manière éparse en des espaces distincts et fermés, la salle d'orientation devient le lieu d'existence propre du groupe, celui au sein duquel le collectif peut se vivre dans son ensemble. Anecdotes sur sa vie personnelle, échanges de plaisanteries et organisation ou rappel d'événements liés à la vie du groupe occupent ainsi une place importante dans les conversations qui s'y déroulent, en situation normale. Mais cet espace fermé est aussi un lieu propice au développement de conversations plus intimes, un endroit où confier ses craintes, ses peines et ses joies face à un travail qui engage émotionnellement. Les problèmes que l'on soulève se révèlent communs malgré la disparité du travail effectué : la thématique centrale dans ce contexte est celle de la reconnaissance par les médecins du travail effectué voire même en premier lieu celle de la connaissance des tâches que l'on prend en charge sans que les praticiens ne le perçoivent. L'espace central de travail est alors l'occasion de partager son mécontentement ou sa souffrance, de dédramatiser collectivement ces situations, de recevoir du soutien des membres de l'équipe qui expérimentent des situations similaires. La salle d'orientation s'érige ainsi comme le lieu central de constitution de cette identité collective à travers laquelle l'équipe se forge en tant que groupe solidaire face à ce qu'elle ressent injustement comme de la déconsidération de la part de cette figure noble qu'est le médecin et dont l'appréciation compte paradoxalement plus que toute autre. Au sein de cette identité collective, se dessine déjà, à travers les extraits présentés ici, le développement de normes tacites de fonctionnement qui s'appuient sur l'usage de « codes » convenus entre les personnels, et

dont toute l'équipe connaît la signification (ici : lorsque l'équipe ferme la porte). C'est à cet aspect de l'identité collective que nous nous proposons de nous intéresser à présent.

1.2.2. Arrangements informels, routines organisationnelles et normes tacites de fonctionnement

Dans le contexte décrit précédemment, celui de la constitution d'une identité collective plus ou moins importante au sein des équipes, ou du moins celui du partage de valeurs et de préoccupations communes, une organisation informelle s'est développée au sein des deux blocs étudiés. Celle-ci vient compléter la structure formelle de l'organisation, orientée vers la recherche d'efficacité.

a. L'entraide : une routine organisationnelle tournée vers l'efficacité

En orthopédie comme en cardiologie, nous le voyons émerger des extraits d'observation déjà présentés, les membres de l'équipe sont en permanence engagés dans des actes de solidarité ou de soutien et chaque acteur est incité à adopter ou à se soumettre à ce mode de fonctionnement informel, sous peine d'être sanctionné par un groupe pour lequel il a développé un sentiment d'appartenance.

Ce mode de fonctionnement spécifique au sein des milieux hospitaliers constitue ainsi davantage une routine de travail qu'une culture organisationnelle que chacun aurait intériorisée. Mais si chaque acteur s'investit ainsi dans le soutien de l'équipe, c'est que ces actes d'entraide sont tournés vers des valeurs et des préoccupations que tous partagent et dans lesquelles ils se reconnaissent fortement. D'une part, les soignants s'unissent autour d'un certain nombre de valeurs communes tournées vers le patient : les équipes se soucient en permanence du confort et de la sécurité du patient et de nombreux actes de soutien reposent sur cette préoccupation. D'autre part, les membres de l'équipe se rejoignent sur la délicate problématique à l'hôpital de l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle puisqu'au nom des valeurs qu'ils partagent sur la qualité et la sécurité des soins apportés au patient, les soignants investissent leur temps et leur énergie sans compter, ce qui est susceptible de les mettre en difficulté dans leur vie familiale. Par ailleurs, du fait de la logique de productivité qui s'impose à tous les niveaux dans la clinique, les programmes opératoires sont souvent extrêmement chargés et les personnels accumulent les heures supplémentaires. Dès lors, en situation normale, la grande majorité des actes de soutien observés entre les acteurs des différents blocs vise à soulager cette pression du temps que tous partagent et redoutent. Ces routines informelles prolongent et s'inscrivent ainsi dans la logique d'efficacité véhiculée par l'organisation formelle.

**Encadré n°22 - La notion d' « avancer », prégnante au sein de la clinique étudiée
(Bloc orthopédie)**

En salle d'intervention. Dans la salle 3, les infirmières préparent la peau du patient. La coordinatrice aide la panseuse à s'habiller. Elle ouvre plusieurs pochettes pour donner le matériel à la panseuse (compresses...). Elle cherche par là à « avancer » la panseuse qui a mis des gants stériles pour préparer la peau du patient et ne peut donc pas toucher les pochettes plastiques non stérilisées ; elle ne peut toucher que le matériel. La coordinatrice lui tend les instruments au fur et à mesure et attend l'approbation (signe de la tête) de la panseuse pour ouvrir ou reposer l'instrument.

Ces exemples montrent bien que l'entraide, qui s'est véritablement imposée comme une routine de fonctionnement informelle au sein des deux blocs opératoires étudiés, est principalement tournée vers l'efficacité. Au vocabulaire de l'entraide et du soutien est alors fréquemment associé celui de l'optimisation du temps, notamment à travers l'emploi d'une notion particulière et qui revient fréquemment dans les discours des soignants du bloc opératoire mais plus généralement de la clinique dans son ensemble, la notion d'« avancer » ses collègues : « *Il y aussi une entraide et une coopération importante, plus entre aides-soignantes et ASH. Donc les aides-soignantes par exemple défont tous les lits quand les patients sortent pour « avancer » les ASH, et puis elles aident à la distribution des repas. (...) Elles font le ménage des chambres quand il y a besoin, elles donnent des coups de main* » (Cadre du service de cardiologie). Des acteurs aux fonctions différentes sont, dans la limite de la structure formelle établie en amont, conduits à s'assister ou à se remplacer sur les multiples tâches à effectuer : il en est ainsi de la situation présentée ici dans laquelle l'infirmière-coordinatrice assiste les deux infirmières formellement affectées à cette intervention dans la préparation de la salle, afin de gagner du temps et compte-tenu des procédures d'hygiène en vigueur mises en place pour garantir la sécurité du patient. Dans ces actes d'entraide et de soutien, on le voit, optimisation du temps et garantie de la qualité et de la sécurité des actes effectués sur le patient s'enchevêtrent profondément, et les acteurs se voient au quotidien contraints d'arbitrer entre ces deux priorités.

b. Modes d'organisation informels et enjeux de coordination

Du fait de l'organisation du travail qui régit le quotidien de ces deux blocs, conséquemment à cette routine de fonctionnement sous-jacente (l'entraide et, de ce fait, l'implication de nombreuses infirmières sur une même trajectoire de patient), et compte-tenu de cette immuable obsession de l'efficacité, la question de la « *coordination*

optimale » (source : infirmière de bloc) devient une préoccupation majeure pour ces acteurs : il faut éviter les doublons de tâches, ne pas être sans cesse à perturber ou ralentir ses collègues en leur demandant si la salle est prête, le patient interrogé, etc. C'est dans cette optique que les soignants ont développé, en marge des dispositifs formels déjà présentés, des modes d'organisation informels visant à faciliter cette coordination. La tentation est ici de réduire au maximum les échanges langagiers : l'usage d'un jargon spécifique s'est ainsi imposé au fil du temps ; l'équipe a également adopté un certain nombre de « codes » qui permettent de se coordonner sans avoir besoin de se solliciter mutuellement. Ces « codes » reposent sur l'usage de supports intermédiaires et témoignent dès lors d'une certaine appropriation de ces dispositifs par les soignants.

Encadré n°23 - Usage d'un jargon simplifié (Bloc orthopédie)

Situation 1 - Recours à un vocabulaire spécifique à l'oral

En orientation. La coordinatrice du soir demande à la coordinatrice du matin : « Est-ce que t'as des notions de septique, toi ? ». La coordinatrice du matin lui répond : « J'en ai pas entendu parler, non ».

Situation 2 - Usage d'un langage simplifié à l'écrit : le cahier de transmission

En orientation, sur le cahier de transmission.

« Bonjour Claire [*Coordinatrice du matin qui lira le cahier*],

* B2 installée - 8H - PTE - (...) - Prêt CTA XTEND × 1

* B3 installée - 8H - TLIF - (...) - Rachi lomb

* B4 installée - 8H - HD - (...) - Cupule

* B5 installée - 8H - PTH - (...) - 2 cupules

* B7 : colonnes en salle

(...) # col PI caddie fait mis s/ Crossway

Agathe [*Coordinatrice du soir qui a rédigé cette note*] »

L'activité du bloc opératoire étant fortement standardisée, un certain nombre de situations dites « normales » ont tendance à se répéter quotidiennement et les infirmières ont, dans ce cadre, développé un langage spécifique afin de gagner du temps lorsqu'elles abordent ces sujets (situation 1). Le jargon ainsi élaboré est connu et mobilisé par tous les membres de l'équipe et chacun assimile le sens sous-jacent à l'usage de ces mots. Par exemple, le mot « *notion* » fait écho à la volonté de recueillir des informations : il signifie littéralement « *entendre parler de* ». Ce terme, fréquemment utilisé au bloc orthopédie, illustre bien le fait qu'un aspect central de l'activité des infirmières concerne le travail de « *médiation* » (Grosjean et Lacoste, 1999) et la recherche constante d'informations. Par ailleurs, face au grand nombre de tâches d'écriture qui forgent désormais le quotidien des

infirmières, les équipes du bloc orthopédie comme de cardiologie ont recours à un langage raccourci et simplifié lorsqu'elles alimentent des dossiers papiers (situation 2). L'écrit est alors totalement dénaturé, et les acteurs usent d'abréviations, de sigles voire des signes renvoyant à un vocabulaire professionnel (par exemple : PTH correspond pour chacun à une intervention sur une prothèse de hanche et le caractère « # » signifie pour tous « fracture ») qui fait sens pour tous les acteurs. Ce langage oral ou écrit, que l'on peut qualifier d'« opératif » (Falzon, 1989), a entièrement été intériorisé par les acteurs des blocs opératoires étudiés, et son usage s'impose désormais au groupe comme une routine de fonctionnement à part entière qui s'inscrit là encore dans une logique d'efficacité.

Encadré n° 24 - Usage de « codes » pour se coordonner (Bloc cardiologie)

Couloir du bloc opératoire. En passant dans le couloir, une infirmière interpelle la coordinatrice : le questionnaire de son patient n'a pas été fait, or elle pensait qu'il avait été fait puisque les feuilles sont sorties du dossier. La coordinatrice m'explique ainsi que les infirmières du bloc cardiologie ont un « code » convenu au sein de l'équipe pour savoir si le questionnaire patient a ou n'a pas été fait : lorsque le patient est interrogé, les feuilles sont sorties du dossier. Ainsi, quand on voit la couverture du dossier bleu (elle n'est pas recouverte de feuilles), c'est que le patient n'a pas encore été interrogé. Ici le « code » n'a pas été respecté et l'infirmière concernée semble mécontente car cela la met en retard.

Des modes de fonctionnement institués par le groupe permettent même aux acteurs de se coordonner sans avoir besoin d'échanger. Il en est ainsi du « code » initié par les infirmières du bloc cardiologie et qui permet de distinguer les patients qui ont déjà été interrogés de ceux qu'il reste à interroger à l'étape de l'accueil des malades. Ce mode d'organisation doit permettre de s'échanger des informations, d'une part rapidement, d'un coup d'œil et ainsi conformément à la logique d'efficacité sous-jacente au fonctionnement des blocs en situation normale ; et d'autre part sans avoir besoin de se parler, de déranger une infirmière lorsqu'elle est occupée à une autre étape de la prise en charge (volonté de limiter le morcellement des tâches). Complémentaire à la conception des espaces de travail, cette organisation tacite s'adosse à un mode de coordination visuel entre les acteurs (on « voit » la couverture bleue du dossier donc on « voit » que le patient a ou n'a pas été interrogé), largement dominant, nous l'avons souligné, en situation dite « normale ». Par ailleurs, nous le voyons à travers l'extrait présenté ici, ces modes d'organisation ne fonctionnent que si l'ensemble de l'équipe s'y conforme strictement : ils s'instituent dès lors comme de véritables normes de fonctionnement auprès de chaque acteur qui s'expose à la sanction du groupe s'il ne les respecte pas (comme dans l'exemple

précédent où la coordinatrice se voit reprocher le non-respect du « *code* » établi), un groupe, rappelons-le, pour lequel chacun a nourri un sentiment d'appartenance. Ces normes de fonctionnement restent toutefois de l'ordre du tacite puisqu'elles ne sont pas imposées par le biais d'une procédure formelle mais bien à travers la pression informelle de l'équipe.

c. Identité collective et arrangements informels au bloc orthopédie

Enfin, le partage de préoccupations similaires, l'intercompréhension qui en résulte sur les problématiques de chacun, rend possible les ententes, les compromis, bref les arrangements informels entre les acteurs. C'est particulièrement le cas au bloc orthopédie où nous l'avons vu, une véritable identité collective s'est construite au sein de l'équipe.

Encadré n° 25 - Arrangements informels et solidarité (Bloc orthopédie)

En orientation. Le coordinateur (José) demande à l'infirmière de caddies (Agathe) d'échanger de poste mercredi prochain et elle accepte : il prendra le poste de caddies et Agathe le poste de coordinateur du soir car il a besoin de se libérer sur cette période pour des raisons personnelles. Il y a une « fiche de modification des jours travaillés » sur laquelle les infirmiers peuvent indiquer d'éventuelles modifications de planning : cet outil leur permet de s'organiser entre eux. C'est bien, me dit José, car « on est une bonne équipe ». Il faut, toutefois, demander au responsable avant, me précise-t-il.

L'exemple proposé ici s'inscrit bien dans la tension constante qu'éprouvent les soignants à équilibrer vie personnelle et vie professionnelle. Les stratégies développées prennent appui sur la solidarité du groupe : les soignants procèdent ainsi à des arrangements au sein de l'équipe afin de réduire cette tension que tous éprouvent par ailleurs. L'extrait d'observation révèle, qu'une fois encore, l'espace central de travail joue un rôle prépondérant dans les compromis et les ajustements opérés entre les acteurs. Véritables arrangements informels au départ, les ajustements auxquels procède l'équipe sont ensuite formalisés sur un outil papier (la « *fiche de modification des jours travaillés* ») mis à la disposition des acteurs par l'organisation. La structure formelle prend donc appui sur la cohésion du groupe et elle laisse aux acteurs une certaine marge de manœuvre sur cet aspect, puisque le responsable de proximité n'intervient pas dans ces discussions, se contentant de recueillir l'information puis de la valider, via l'outil présenté ici. Déjà, la situation dont il est fait état révèle l'existence de perturbations potentielles par rapport à la trame organisationnelle de référence (des changements dans le planning peuvent être opérés), mais surtout, met l'accent sur le déploiement de dispositifs formels qui prennent

en charge ces modifications (un outil particulier : « *fiche de modification des jours travaillés* »). Nous y reviendrons par la suite.

*

La situation normale se caractérise donc par une pleine conformité des acteurs à la trame organisationnelle préétablie (procédures de travail, structuration de la journée opératoire : planning des personnels, programmes opératoires, etc.) fortement tournée vers la recherche d'efficacité (par exemple : système de rotations de salles). Les outils sont eux-mêmes mobilisés par les acteurs conformément à l'usage prévu : ce sont principalement les outils de structuration de l'activité que les acteurs vont consulter ; ils seront aussi fréquemment conduits à alimenter les outils de traçabilité. Dans ce contexte, partageant des valeurs et des préoccupations communes (ne pas terminer sa journée de travail trop tard), les acteurs s'engagent en permanence dans des actes d'entraide qui s'inscrivent pleinement dans cette logique d'efficacité sous-jacente. Ils sont dès lors impliqués sur de multiples trajectoires de patients simultanément et la question de la coordination se pose ainsi avec une certaine acuité. Nos résultats montrent que celle-ci repose en situation normale davantage sur le regard que sur l'échange langagier, soutenue en cela par la connaissance de la procédure que l'on sait exécutée strictement par chacun. En réalité, les communications orales existent mais elles sont davantage tournées vers l'établissement de relations interpersonnelles que vers le travail proprement dit. Ces échanges favorisent la constitution d'une sorte d'identité collective qui facilite le déploiement de routines organisationnelles tacites (langage simplifié, usage de codes) au sein du groupe, et qui jouent un rôle essentiel dans la coordination entre les acteurs. Les outils de coordination prévus par l'organisation sont mobilisés par les acteurs tels qu'ils ont été déployés : ils se substituent à l'interaction orale dans la majorité des cas (outils de liaison avec la stérilisation, système informatique de suivi en temps réel du patient, etc.). Le téléphone, vécu comme une intrusion, est ainsi peu utilisé en situation normale.

Si nos propos ont jusqu'ici mis en évidence la faible part d'échanges langagiers tournés vers le travail, c'est parce que les acteurs se sentaient disposer, dans la situation à laquelle nous nous sommes intéressée, de l'ensemble des informations nécessaires à leur travail. Notre étude nous a toutefois conduite à appréhender des situations non perturbées soumises à des incertitudes. Ce sont ces situations que nous nous proposons à présent d'examiner.

2. LES INDÉTERMINATIONS DANS LE CADRE DE RÉFÉRENCE : DES SITUATIONS RÉFLEXIVES ?

Dans ces situations, l'activité ne sort pas du cadre préétabli (situations non perturbées) mais, à la différence des situations évoquées précédemment, la trame organisationnelle est interrogée. La situation est ainsi qualifiée de « réflexive » lorsque les acteurs s'extirpent un instant de l'action proprement dit (on entend par là le travail chirurgical et l'activité de préparation qui en découle) pour s'engager dans une activité de réflexion. Toutefois, nous allons montrer que les incertitudes en situations non perturbées résultent peu, dans le cas étudié, de temps d'échanges collectifs entre les acteurs au cours desquels les pratiques seraient mises en débat de façon à améliorer les réponses organisationnelles futures : le retour d'expérience n'est pas ou peu envisagé au sein de l'établissement (2.1). Les incertitudes proviennent dès lors davantage d'une méconnaissance de la procédure à laquelle les acteurs doivent recourir (2.2), d'une indétermination de la trame organisationnelle future, en cours d'élaboration et qui n'a donc pas encore été arrêtée (2.3), mais sont surtout liées au caractère dispersé du travail (2.4).

2.1. L'absence de retour d'expérience

Les acteurs peuvent être engagés dans des situations normales présentant un caractère incertain lors des moments de rencontre formellement planifiés par l'organisation, quand ils ont la possibilité de soulever des problèmes et de débattre collectivement des solutions à leur apporter : on parlera à cet égard de retour d'expérience (REx). La situation n'est pas perturbée dans le présent, les acteurs ne sont pas pris dans l'urgence du phénomène à résoudre, mais des incertitudes subsistent sur la manière dont on peut prendre en charge certains problèmes, ceux qui reviennent fréquemment dans l'activité du bloc opératoire. Or, il semblerait que les conditions organisationnelles favorables au retour d'expérience ne soient pas réunies au sein de chacun des blocs opératoires étudiés.

2.1.1. L'absence de moments collectifs de rencontre

En effet, nous avons montré que les situations dites « normales » sont toute entière tournées vers l'efficacité, vers l'optimisation du système : les programmes opératoires sont extrêmement chargés et les acteurs, sans cesse dans la crainte de terminer leur journée de travail en retard, nous l'avons montré auparavant, jouent eux aussi le jeu de l'efficacité en tâchant, dans la mesure du possible, de faire tourner les médecins sur deux salles. De ce fait, les moments de rencontre formels n'ont pas leur place dans l'organisation du bloc opératoire : peu de temps d'échange entre les différents membres de l'équipe et leur responsable sont organisés. Or, en l'absence de ces temps de rencontre,

le collectif ne se vit jamais dans son ensemble. En effet, les membres de l'équipe sont répartis entre les différentes salles d'intervention. En outre, ils ne travaillent pas tous sur les mêmes plages horaires (vacation du matin/du soir). Enfin, il n'existe pas de moments formels dans la journée au cours desquels l'équipe se retrouverait au complet : *« Il y a pas de pause en fait dans les interventions et les chirurgiens sont là toute la journée, les trois quarts ne descendent même pas manger donc, donc il n'y a pas d'arrêt d'intervention le midi »* (Infirmière de bloc). Dès lors, les informations circulent mais elles ne sont pas partagées auprès de l'ensemble de l'équipe : les transmissions d'informations sont faites dans le couloir, au gré des rencontres. Les incertitudes en situation normale peuvent ainsi résulter de cette absence de temps de rencontre collectifs qui met parfois les acteurs en grande difficulté, comme une infirmière d'orthopédie l'expliquait au cours d'un entretien : *« Ça c'est une chose enfin en ortho, le matériel tourne énormément. (...). Le chirurgien nous demande telle boîte "à bah non, non, non, on n'a pas" et puis là on passe pour une andouille "ah bah si c'est arrivé depuis trois semaines" mais bah... Si on n'était pas là au bon moment, avec la bonne personne, bah on sait pas quoi »*. En outre, lorsque des moments d'échange se profilent, au regard des journées opératoires bien chargées, c'est uniquement parce que le responsable a pu les anticiper, les planifier dans le temps. Les rencontres poursuivent ainsi un but précis : transmettre des informations. Ces dernières sont alors parfois très éloignées des attentes des personnels, comme une infirmière le dénonçait lors d'un entretien : *« On a eu une super réunion pour nous expliquer l'organigramme, ça a duré 1h30... on s'en fout, on sait lire un organigramme ! »*. Ces rencontres n'offrent pas, à l'inverse la possibilité de soulever des problèmes et d'amorcer un véritable dialogue entre les membres de l'équipe et avec le responsable : *« Elle sort ses trucs, ça dure, et quand il arrive le moment ou elle nous dit « et vous il y a des choses à dire ? », c'est le moment de terminer la réunion. (...) Pour faire une réunion, il faut qu'il y ait des choses à dire de sa part, elle n'est pas ouverte au dialogue »* (infirmière de bloc). Ainsi, les conditions organisationnelles ne sont pas réunies pour favoriser le REx : suite à une perturbation ou un dysfonctionnement, lorsque la situation est redevenue « normale », les acteurs n'ont pas la possibilité de débattre collectivement des problèmes afin d'apprendre de ceux-ci et d'enrichir leur répertoire de réponses.

**Encadré n° 26 - Tentative de REx, non partagé auprès de l'ensemble de l'équipe
(Bloc cardiologie)**

En salle d'intervention. La coordinatrice s'occupe du matériel. Elle discute avec une des infirmières (Sabine), dans l'embrasure de la grande porte en salle 2. Sabine était aide-opératoire sur l'opération précédente, une urgence, sur laquelle il y a eu d'importantes

complications. La coordinatrice lui dit : « Si on peut vous aider... Le tout c'est de nous dire quand vous avez besoin, on peut pas anticiper ».

Lorsque les REx se déroulent c'est alors uniquement de façon informelle entre les acteurs présents sur le moment, comme le montre l'extrait d'observation précédent. Les propositions qui émergent ne sont ainsi pas partagées auprès de l'ensemble des membres de l'équipe, limitant par là leur portée et leur application.

2.1.2. Un dispositif de REx inefficace

Dès lors, les deux blocs opératoires se caractérisent par le faible nombre de dispositifs mis en œuvre pour capitaliser sur les perturbations passées rencontrées.

Encadré n° 27 - Un unique dispositif de REx : la fiche de signalement des événements indésirables (Bloc orthopédie)

Dans le couloir du bloc opératoire. Sortie dans le couloir, une panseuse est en train de remonter un problème au responsable : sa patiente est arrivée très tôt et a attendu longtemps au bloc opératoire car le brancardier l'a descendue sans que personne ne lui demande. Elle s'interroge sur ce qu'elle doit faire. Le responsable lui dit de faire une « fiche » afin de déclarer et de faire remonter le problème.

Cet extrait d'observation met en exergue l'unique dispositif de retour d'expérience proposé par l'organisation, la fiche de signalement des événements indésirables, à travers laquelle les acteurs doivent systématiquement faire remonter les problématiques rencontrées. On le voit dans cet extrait, lorsque la panseuse explique à son responsable de proximité les divergences qu'elle a eues avec un brancardier, le réflexe de celui-ci est d'enjoindre sa subordonnée à « *faire une fiche* » : le REx est surtout associé au rappel de la règle. Les personnels ont dès lors l'impression que la feuille d'événements indésirables constitue la seule réponse apportée par leur supérieur face aux problèmes rencontrés : « *Depuis un an on dit à chaque fois qu'on fait remonter "oh aujourd'hui j'ai eu un souci machin", "vous avez fait une feuille d'événements indésirables ?" (...) On se le dit entre nous des fois avec les filles, des collègues, on se dit "bah faut faire une feuille", on en rigole entre nous parce que c'est vrai que c'est systématiquement ce qu'on nous répond* » (Infirmière de bloc). Pourtant, l'ensemble des personnels reçus en entretien mettait l'accent sur l'insuffisance de ce dispositif, l'absence de réponses ou de solutions mises en œuvre à la suite des remontées des dysfonctionnements : « *Je trouve que c'est un peu souvent "faut faire une feuille d'événements indésirables", le problème c'est que on a passé une période où on s'y est mis pour des petites choses on faisait des feuilles*

d'événements indésirables et puis euh bah ce qu'il y a ce qu'on retrouve encore les mêmes soucis et que pfff faire une feuille d'événements indésirables pour la même chose toutes les semaines y a des fois bah... (...) enfin, on n'a pas de retour vraiment sur ce qui euh... Bah elles vont où ces feuilles après ? (...) Qui fait quoi derrière pour qu'on n'ait plus à en faire ? » (Infirmière de bloc). Finalement, le retour d'expérience commence et s'arrête pour les acteurs à cette simple action : alimenter l'outil. Les remontées d'information ne donnent pas lieu en revanche à des évolutions dans les réponses organisationnelles apportées : ne percevant pas l'utilité de la démarche, les acteurs sont ainsi de moins en moins enclins à remplir cet outil.

2.1.3. Le manque de marges de manœuvre pour améliorer les réponses organisationnelles

En outre, les REx sont limités puisqu'une bonne partie des décisions échappe à l'équipe et son responsable en demeurant entre les mains des médecins.

**Encadré n° 28 - L'absence de maîtrise sur les programmes opératoires : un REx limité
(Bloc orthopédie)**

En orientation. Deux infirmières, Nathalie et Claire, échangent sur le programme de la veille au soir. Claire se demande pourquoi la journée a fini aussi tard. Elle a terminé à 13h40 donc elle ne sait pas. Nathalie lui explique qu'un des chirurgiens a eu « un patient difficile ». « Comme quoi, dès qu'il y a des aléas... », fait-elle remarquer. « Il y a un patient de trop dans leur programme et ils [les médecins] voudraient encore en ajouter un ou deux », commentent les deux infirmières.

Dans cet extrait d'observation, deux infirmières reviennent sur une perturbation survenue la veille dans le programme opératoire : une complication en salle qui a généré un retard important. L'échange se réalise là aussi de façon informelle entre deux membres de l'équipe présents en salle d'orientation. Les infirmières décèlent qu'une part du problème relève certainement d'une surcharge des programmes opératoires, et, dès lors, de l'absence de marges pour pallier aux imprévus. Or, ni l'équipe, ni le responsable ne sont en mesure de faire évoluer la réponse organisationnelle sur cette question, la structuration des programmes opératoires restant encore très largement entre les mains des médecins, nous y reviendrons par la suite.

L'incertitude en situation normale ne résulte ainsi que rarement d'un questionnement et d'une mise en débat des pratiques à travers lesquels les acteurs chercheraient à améliorer les réponses organisationnelles, puisque les conditions favorables au REx ne sont pas réunies : d'une part, les acteurs, incités à l'efficience, ne se trouvent que rarement placés

collectivement en situation de réflexivité sur les problèmes rencontrés ; d'autre part, un certain nombre de décisions demeurent entre les mains des médecins qui ne sont jamais associés à ces moments de rencontre et les acteurs ne disposent dès lors pas toujours des marges de manœuvre nécessaires pour faire évoluer les réponses organisationnelles. L'unique dispositif déployé par l'organisation dans cette perspective ne semble d'aucune utilité aux yeux des acteurs qui n'en perçoivent pas les retombées concrètes dans l'activité.

Dès lors, l'incertitude en situation normale résulte d'autres facteurs que nous nous proposons à présent d'examiner.

2.2. Le questionnement de la procédure lié à une méconnaissance de celle-ci

En premier lieu, les indéterminations en situation normale peuvent résulter d'une interrogation quant à la procédure à suivre. Toutefois, au regard de nos considérations précédentes (faible nombre de REx), il s'avère que les incertitudes sur la procédure résultent davantage d'une méconnaissance que d'une remise en question de celle-ci de façon à la faire évoluer.

Encadré n° 29 - Méconnaissance de la procédure par un membre de l'équipe (Bloc orthopédie)

En orientation. La coordinatrice demande à une infirmière : « T'en fais quoi de ça ? ». Elle lui montre une lame de scie qui avait été demandée en plus par une équipe en salle qui a décollé l'étiquette de stérilisation mais ne l'a finalement pas utilisée (la lame de scie n'est pas ouverte : l'instrument est donc toujours stérile). L'autre ne sait pas. (...) La coordinatrice frappe à la trappe de la salle 2 et demande au panseur ce qu'elle doit faire de cette lame de scie non utilisée. Elle récupère l'étiquette qui précise la date de stérilisation et la remet sur la lame qui n'a pas été ouverte. « Sinon ça fait du gaspillage » me dit-elle.

L'extrait présenté ici relate un cas où une infirmière s'interroge sur la procédure à suivre dans la situation dans laquelle elle se trouve impliquée : la règle est ainsi questionnée avant d'être rappelée par un infirmier (l'échange est ainsi limité, entièrement tourné vers le rappel de la procédure : dans notre analyse, nous l'avons identifié comme un échange entre « experts »). L'incertitude se matérialise à travers une interaction verbale : l'infirmière sollicite un interlocuteur pour obtenir les informations manquantes. L'indétermination est ainsi levée en recourant à un collègue davantage qu'à un outil (le classeur référençant l'ensemble des procédures est, par exemple, très peu utilisé au bloc

opératoire). Si la personne mobilisée est au départ une infirmière présente dans l'espace central de travail, on voit dans cet exemple, que le problème n'est solutionné que lorsque le protagoniste de l'action s'adresse à un acteur précis. Ainsi, dans les situations dites « réflexives », à la différence des situations normales sans incertitude, les acteurs vont cibler les interlocuteurs les plus à même de disposer de la réponse à leur interrogation ou de l'information qui leur fait défaut : ces personnels se voient reconnaître une compétence ou un savoir-faire particulier (compétences techniques, infirmiers expérimentés et qui connaissent ainsi parfaitement l'organisation en place, etc.). Or, dans cet extrait, la sollicitation de cet acteur particulier passe par une interaction en face à face et non à travers le téléphone. La conception architecturale du bloc opératoire constitue à cet égard un soutien essentiel à cette interaction : il en est ainsi de l'agencement des différents espaces de travail (proximité entre l'espace dans lequel l'acteur travaille (la salle d'orientation) et les différentes salles d'intervention), mais aussi des dispositifs spécifiques implémentés en orthopédie (les trappes) pour permettre la communication sans déroger aux contraintes d'hygiène en vigueur. La situation relatée ici si elle s'inscrit bien dans la trame préétablie résulte en réalité d'une ancienne situation perturbée, revenue à la normale : la coordinatrice a amené du matériel supplémentaire en salle d'intervention ; l'étiquette de stérilisation apposée sur l'un des instruments a été enlevée sans que celui-ci n'ait été utilisé (on est donc bien dans une situation finalement conforme à la trame préétablie). Dans bien des cas, l'incertitude et l'interrogation qui en résulte proviennent finalement d'une méconnaissance des acteurs de la procédure à suivre à la suite d'une situation perturbée. Il est à noter le contexte de rationalisation économique toujours sous-jacent à l'activité, y compris en situations réflexives, et que les acteurs ont parfaitement intériorisé : « *Sinon ça fait du gaspillage* ».

Encadré n° 30 - Questionnement de la procédure par le responsable (Bloc cardiologie)

Dans le bureau de la responsable. La responsable de proximité contacte un laboratoire. (...) « J'ai été informée que [tel médecin] allait faire [telle procédure] ». Tout en parlant, elle regarde le matériel entreposé dans son bureau (à gauche en entrant) pour cette procédure : « Il y a peut-être besoin d'un câble particulier ? ». Elle va se rasseoir derrière son bureau et cherche la date d'opération dans le SI de la clinique, mais celle-ci n'est pas encore programmée. Sur le pas de la porte de son bureau, elle va regarder si le médecin est entre deux opérations. C'est le cas. Elle va donc le voir en salle de commande et lui pose des questions sur cette intervention : Quelle date ? Quel type de patient (enfant ou adulte) ? Elle retourne à son bureau, tout en donnant les informations à son interlocutrice. Elle pose des questions à celle-ci sur le matériel nécessaire à cette intervention.

On le voit dans cet extrait, le responsable est ainsi tout autant impliqué que son équipe dans ces situations dites « réflexives ». Ainsi, il s'interroge ici sur la nature du matériel à préparer pour une procédure et sur la trame organisationnelle définie par le médecin. A l'instar de la situation proposée pour l'équipe d'orthopédie, l'incertitude est résorbée à travers la sollicitation d'une personne en particulier. La mobilisation de cet interlocuteur peut alors passer par le téléphone (sollicitation d'un service « professionnel » de la question : le laboratoire). Toutefois, la logique de proximité est là aussi importante puisque le responsable sollicite directement le médecin au sein de l'espace central. L'aménagement architectural est dans ce cas important : le responsable est à même, depuis son bureau, de voir qu'une intervention est terminée. Il sait par expérience que le médecin doit dès lors se trouver au sein de l'espace central où il pourra le solliciter. L'échange est là encore entièrement tourné vers le rappel de la procédure, il présente un caractère très technique et nécessite de disposer de certaines connaissances sous-jacentes pour le comprendre (à ce titre, on parlera dans l'analyse d'échange « expert »).

2.3. La structuration de l'activité future

En second lieu, les acteurs peuvent ne pas être en possession de l'ensemble des informations en situation non perturbée lorsque la trame organisationnelle n'est pas encore définie : les situations sont alors tournées vers le futur.

Encadré n° 31 - Indétermination sur le programme opératoire futur (Bloc orthopédie)

Dans le bureau de la responsable. Le responsable est au téléphone avec un laboratoire. Son interlocuteur lui pose une question : il doit venir lundi pour assister un chirurgien sur une intervention, il veut savoir à quelle heure. « Euh, j'ai pas encore fait les programmes... Je peux essayer de vous dire... Non, en fait, rappelez-moi plutôt vers 16h-17h ! ».

Ces situations concernent à titre principal le responsable, formellement en charge de la structuration de l'activité future et identifié comme tel par chacun (y compris dans cette situation par les membres extérieurs au bloc opératoire). La situation proposée dans cet extrait n'est effectivement pas perturbée ; elle présente en revanche un caractère indéterminé lié au programme opératoire à venir qui n'a pas encore été arrêté par le responsable. Dans ce type de situation, on le voit, la réponse est alors fréquemment différée (ici aux appels téléphoniques), l'indétermination persiste. Elle ne sera levée qu'au moment où le responsable travaillera à la planification de l'activité sur le programme opératoire. Il s'appuiera en cela sur l'outil informatique de structuration de l'activité qu'il alimentera, mais également sur les programmes opératoires papiers sur lesquels il procédera à des essais (il s'appuie sur ces derniers dans sa réflexion).

Mais ces incertitudes peuvent également concerner les actions à déployer dans un futur proche. L'équipe est alors elle aussi amenée à jouer un rôle important sur ces questions.

Encadré n° 32 - Réflexion collective pour lever une incertitude concernant le futur proche : la question du prêt (Bloc orthopédie)

En orientation. Le responsable demande aux infirmières quels prêts il doit renvoyer au laboratoire. Agathe, l'infirmière de caddies, l'aide : ils réfléchissent ensemble. Le responsable lui demande : « Tu l'as [le programme de prêt] tiré pour la semaine prochaine ? ». Ils regardent ensemble. « Il y en a ! », commentent-ils.

On le voit dans cette situation, un membre de l'équipe (l'infirmière de caddies) va aider le responsable à lever une incertitude sur l'action à déployer dans un futur proche : la question du matériel en prêt. Il s'agit d'identifier le matériel dont ils n'auront pas besoin dans les jours à venir pour le renvoyer au laboratoire (sans se tromper : ils risqueraient alors de manquer de matériel au dernier moment et ainsi de ne pas pouvoir réaliser l'intervention). Dans ces situations, la réponse reste à construire et les acteurs s'engagent ainsi dans une activité de réflexion importante. Ils s'appuient pour cela sur un outil, le « *programme de prêt* », qu'ils mobilisent dans sa version papier et non informatisée (« *tiré* »).

Un autre acteur va jouer un rôle actif dans les situations réflexives qui concernent l'organisation dans un futur proche : l'infirmière-coordinatrice.

Encadré n° 33 - Le rôle de la coordinatrice dans l'organisation des repas (Bloc orthopédie)

En orientation. La coordinatrice prend un post-it et réfléchit à l'organisation du roulement pour aller manger. Elle se demande si elle peut aller faire manger tout le monde ensemble, selon l'avancée des programmes et les pauses des chirurgiens le midi. (...) « Je vais faire deux groupes ». Elle demande à une de ses collègues si elle préfère aller manger maintenant ou dans le deuxième groupe. (...) Elle regarde en fonction du « plus » qu'elle a. Toutes les deux se penchent sur le post-it. « Mathilde, elle préfère manger au premier tour », lui dit l'infirmière, lui faisant profiter de son expérience. S'ensuit toute une petite histoire sur Mathilde qui devient terrible quand elle ne mange pas au premier tour. Une infirmière entre en orientation. La coordinatrice : « Soizic, tu préfères manger au 1^{er} ou au 2^{ème} ? ». Soizic : « Au premier ». La coordinatrice : « Bon comme ça c'est réglé ». Avisant une infirmière qui entre en orientation, elle lui demande : « Tu m'en veux pas si je te mets au 2^{ème} ? ». L'infirmière : « Non, je préfère ». La coordinatrice, apercevant Lisa,

une autre infirmière, dans le couloir : « Ah merde, je t'ai oublié. Tu préfères le 1^{er} ou le 2^{ème} ? ». Lisa : « Le deuxième ». Elle note sur son post-it les préférences de chacun en termes de tour pour aller déjeuner, à l'aide d'un code. Par exemple :

« Lisa → » = préfère aller au 2^{ème} tour

« ← Soizic » = préfère aller au 1^{er} tour

Après, en fonction de l'avancement des programmes, « si Soizic est en salle et Lisa dispo, je vais demander à Lisa d'aller manger au premier service », m'explique-t-elle.

La coordinatrice s'est en effet formellement vu confier la tâche d'organiser les tours pour le déjeuner. Elle doit ainsi, au cours de la matinée, arrêter cette organisation, au départ indéterminée. On voit dans l'extrait précédent que ce travail de structuration se réalise souvent collectivement. La coordinatrice s'appuie ici sur l'expérience de l'une de ses collègues mais aussi sur des savoirs sous-jacents (telle infirmière sera en salle jusqu'à telle heure donc elle ne pourra aller déjeuner qu'au second service par exemple ; savoirs liés à la représentation qu'elle a du bloc et de l'état d'avancement des programmes à un moment t). On remarque ici également l'existence d'échanges personnels à travers le récit de « *petites histoires* » qui entretiennent la vie du groupe. On note par ailleurs le rôle joué par la salle d'orientation : située au centre du bloc opératoire, elle offre une vision d'ensemble du couloir et des portes des salles d'intervention. Elle permet ainsi d'apercevoir et de solliciter des acteurs qui passent dans le couloir. Elle est en outre un lieu de regroupement des personnels (nous l'avons montré au préalable) : la coordinatrice est dès lors en mesure de recueillir des informations auprès des membres de l'équipe qui y circulent en permanence ; l'agencement de l'espace facilite en outre la réflexion collective. Cette réflexion sur l'organisation du bloc prend appui sur un outil papier, ici un « *post-it* » sur lequel la coordinatrice procède à des essais, qu'elle rature et adapte en fonction de l'évolution des programmes : au dernier moment, elle peut ainsi être amenée à faire des changements par rapport à l'organisation qu'elle a arrêtée. Soulignons également l'usage de « *codes* » (les flèches tournées dans un sens qui traduisent la préférence pour le premier ou le deuxième service) dans la réflexion menée par l'infirmière-coordinatrice.

2.4. Le recueil d'informations face au caractère dispersé du travail

Toutefois, la plus grosse partie des incertitudes résulte du caractère dispersé du travail : l'activité chirurgicale est en effet répartie dans l'espace entre différentes salles d'intervention ; en outre, les acteurs ne travaillent pas tous sur les mêmes temporalités (vacation du matin/du soir). Chacun ne dispose ainsi que d'une vision réduite du fonctionnement du bloc opératoire. Dès lors, tout au long de la journée, les acteurs sont conduits à solliciter d'autres acteurs pour obtenir des informations sur une situation afin de

lever ces incertitudes : les personnels s'engagent alors dans un important « *travail de médiation* » pour reprendre le terme proposé par Grosjean et Lacoste (1999).

Encadré n° 34 - Sollicitation des acteurs pour obtenir des informations sur la situation

Situation 1. Bloc orthopédie.

En salle d'orientation. La coordinatrice demande à une infirmière (deuxième-aide) qui entre en salle d'orientation : « T'avais demandé [à la stérilisation] à recuire la première ellipse ? ». Il s'agit d'un matériel utilisé le matin qui sera réutilisé dans l'après-midi qui doit donc être rapidement restérilisé. « Oui », lui répond celle-ci. Elle précise qu'elle a marqué en rouge sur la feuille de stérilisation que c'était à recuire.

Situation 2. Bloc cardiologie

12h33. En salle d'opération n°1. La coordinatrice, qui aide à la préparation de la salle, reçoit un coup de téléphone (sur le téléphone de la salle) : c'est l'infirmier en salle 2 qui la rappelle car elle avait essayé de le joindre : ils savent où se joindre puisqu'ils se voient à travers les vitres de la salle de commande. Elle l'avait appelé pour s'assurer que tout allait bien en salle 2 et surtout pour s'assurer que la sonde ETO avait bien été amenée en endoscopie : l'instrumentation qui a été utilisée au cours de cette procédure doit resservir dans l'après-midi (il n'y en a qu'une). Or, il faut l'amener en endoscopie car il y a ¾ d'heure de lavage avant de pouvoir la réutiliser (il faut donc l'amener rapidement, dès qu'elle ne sert plus sur la procédure).

On observe dans ces situations le rôle central joué par l'infirmière-coordinatrice dans la reconstitution d'une vision d'ensemble de la situation. Effectivement, au regard de son espace de rattachement (l'espace central de travail) et des missions qui lui incombent (elle est notamment en charge du travail de relève entre les équipes du matin et du soir et vice-versa), la coordinatrice est amenée à recueillir et à transmettre un grand nombre d'informations sur la situation présente. Ces informations lui seront particulièrement nécessaires dans la gestion des situations perturbée, nous le montrerons par la suite. Dans les deux situations proposées, elle mobilise un acteur spécifique pour obtenir des informations sur une situation dans laquelle elle n'était pas impliquée, de façon à anticiper les éventuels problèmes à venir (par exemple ici pour éviter que le matériel ne soit pas prêt à temps) : l'acteur est ainsi sollicité du fait de son implication dans une situation qui l'amène à détenir des connaissances particulières dont la coordinatrice n'est pas en possession (à l'inverse de la méconnaissance de la procédure où les acteurs sont sollicités pour le savoir-faire qu'on leur reconnaît). Dans chacune de ces situations, la façon dont

l'espace de travail est agencé constitue un soutien essentiel aux échanges d'informations. Ainsi, dans la première situation, la salle d'orientation va favoriser la sollicitation d'un acteur en particulier : la salle d'orientation comme la salle de commande constituent un lieu de croisement et de regroupement des acteurs, nous l'avons montré au préalable (présence d'outils, échanges interpersonnels...) ; ces espaces offrent, en outre, du fait de leur position stratégique, une vue d'ensemble du bloc opératoire (vue sur le couloir et les salles d'intervention). Dans la seconde situation, la présence de vitres sur les salles d'intervention permet de localiser rapidement un acteur afin de le solliciter.

Mais le recueil d'informations sur la situation présente ne se réalise pas seulement dans le cadre d'une interaction verbale avec un autre acteur : les personnels sont amenés à collecter par eux-mêmes une grande partie des informations qui leur font défaut.

Encadré n° 35 - S'informer par les sens (Bloc orthopédie)

Situation 1. Le recueil des informations par l'odeur

Dans le couloir du bloc. La coordinatrice s'exclame tout à coup : « ça sent le ciment ! ». Cela signifie que c'est bientôt la fin d'une intervention. La coordinatrice m'explique ainsi qu'elle sait distinguer à l'odeur le début d'une intervention (l'odeur du bistouri) de la fin d'une intervention (l'odeur du ciment, dernière étape avant de recoudre le patient).

Situation 2. Le recueil des informations par la vue

De retour en orientation. La coordinatrice a pu vérifier visuellement, depuis le couloir, l'avancée des opérations dans chaque salle (par la porte vitrée). Elle souligne de nouveaux patients sur son planning mural.

Grâce à des dispositifs architecturaux aidants (trappes et portes vitrées), la coordinatrice peut aussi construire, par-elle-même et sans échanges verbaux, une vision d'ensemble de l'activité du bloc orthopédie : elle s'appuie pour cela sur différents sens (la vue, l'ouïe, mais aussi l'odorat). Pour interpréter ces différents stimuli et les traduire en information fiable, l'infirmière doit posséder un certain nombre de savoirs sous-jacents acquis par l'expérience ou sa formation (quelle odeur en début ou fin d'intervention, durée approximative restante lorsque le médecin est en train de réaliser tel acte médical, etc.). Elle-même peut ensuite renseigner les acteurs sur l'état des différentes situations pour lesquelles elle a obtenu des informations. L'extrait précédent (situation 2) montre que ces transmissions d'information entre la coordinatrice et le reste des acteurs passent fréquemment par l'alimentation (actualisation) d'outils papiers (le « planning mural » ou programme opératoire).

Encadré n° 36 - Le programme opératoire papier : vision globale de l'activité en situation normale (Bloc orthopédie)

En orientation. La coordinatrice a mis à jour le programme opératoire en version papier accroché au mur : elle a surligné toute la ligne des patients qui ont été pris en charge sur le programme. Au départ seuls le médecin responsable, la date et l'heure, le numéro de dossier et le nom du patient sont surlignés (quand le patient est entré en salle). Elle surligne d'ailleurs les patients qui sont entrés en salle à la suite de ceux qui sont sortis.

L'outil dont il est question dans cet extrait d'observation est le programme opératoire édité sur papier. Il est imprimé tous les soirs (pour le lendemain) par le responsable de proximité : cet outil, dérivé de l'informatique, est donc fourni par l'organisation mais il est, même en situation non perturbée, approprié par les acteurs, puisqu'il est mis à jour par l'infirmière coordinatrice (ou par l'anesthésiste ou l'ASH en cardiologie) qui surligne les procédures en cours ou déjà effectuées. L'usage d'une version papier de ce programme, alors qu'il existe sur informatique, s'inscrit toujours dans une logique d'efficacité : il rend la consultation plus simple et plus rapide puisqu'en un coup d'œil et sans avoir besoin d'ouvrir un logiciel spécifique sur l'ordinateur, les acteurs peuvent jauger l'avancement des différentes interventions. « *C'est ce qu'on voit en premier* », nous disait ainsi une infirmière lorsque nous l'interrogeons sur ce point au cours de nos observations. Il est toutefois à noter que l'usage d'une version papier de cet outil limite le partage des informations au niveau de la clinique dans son ensemble : seuls les acteurs présents physiquement au bloc opératoire peuvent avoir accès aux informations mises à jour sur le programme papier. En situation dite « normale », ces informations sont également disponibles dans l'outil informatique à travers le programme de « *supervision du bloc* » mis à jour par les infirmières de salles, et dont nous avons déjà traité ; en situation « perturbée » en revanche, les changements indiqués sur papier ne sont pas partagés auprès de l'ensemble des acteurs de la clinique, ce qui peut générer des problèmes en matière de fiabilité des informations.

Un autre dispositif formellement mis en place par l'organisation doit favoriser ces échanges d'information de façon à réduire les incertitudes : le travail de relève, pris en charge par la coordinatrice.

Encadré n° 37 - Le travail de relève : faire face à la dispersion temporelle du travail (Bloc orthopédie)

En orientation. 13h40. La coordinatrice du matin entre. Comme la coordinatrice du soir est arrivée, elle commence les transmissions : « En 7, tu as M. Martin avec Soizic. M. Petit est là-

dessus [elle montre sur le programme papier] en 6 et il va manger. Séverine [IDE en salle avec le Dr Petit cet après-midi sur le planning] réinstalle en 6 parce que c'est le même côté, gauche-gauche ». (...). Le responsable est entré en parallèle en orientation et écoute les transmissions. La coordinatrice poursuit : « La pharmacie est presque vide [ils ont été livrés ce matin, elle veut dire par là que le rangement est presque terminé] ».

Le travail de relève se déroule en salle d'orientation, on le voit dans cet extrait qui relate la transmission qui se déroule entre la coordinatrice du matin et celle du soir. Une autre phase de relève a également lieu au bloc opératoire, entre la coordinatrice du matin et l'équipe montante. Cette période est une occasion pour la coordinatrice de transmettre aux acteurs (y compris ici le responsable de proximité qui vient ici assister à la relève pour être lui aussi informé de la situation) l'ensemble des informations qu'elle a recueillies au cours de son cycle d'activité : elle dresse ainsi un état de lieux très précis de la situation présente à l'équipe montante. Elle s'appuie en cela sur le programme opératoire papier, on le voit dans cet extrait. Effectivement, le travail au bloc opératoire est réparti entre deux cycles : la période de relève doit permettre de réduire l'incertitude dans laquelle est plongée l'équipe montante à sa prise de poste puisque celle-ci n'a pas assisté aux différentes situations qui ont eu lieu dans la matinée et qui vont pourtant impacter la façon dont la suite du programme va se dérouler. Dans cette perspective, la coordinatrice du soir est quant à elle en charge de l'alimentation du cahier de transmission pour communiquer à l'équipe du matin les informations importantes sur le cycle d'activité de la veille au soir et sur l'état de la situation lorsqu'ils prennent leurs postes.

Encadré n° 38 - Absence de réflexivité collective et manque de reconnaissance lors du travail de relève (Bloc orthopédie)

En orientation, au cours de la relève entre la coordinatrice du matin et celle du soir. La coordinatrice du matin, Claire, dit à celle du soir, Soizic : « Non mais ça a été un bin's ! ». Elle cherche par là à raconter à sa collègue les problèmes qu'elle a rencontrés dans la matinée et la façon dont elle les a pris en charge. Mais Soizic, comprenant que les problèmes sont à présent résolus, lui dit : « Ah bon, je m'en occupe pas ! ». Claire veut quand même lui raconter, elle se lance : « Regarde les trans' que j'ai. J'appelle M. Labro [Chirurgien], « Je suis pas au courant »... ». Une autre infirmière, Valérie, entre en orientation (elle revient de déjeuner). Soizic interrompt Claire : « Salut Val' ! ». Valérie lui demande : « Ça va ? ». Soizic : « Oui et toi ? ». Claire a été coupée net. Elle reprend sur les transmissions, sur le programme du médecin (dont elle était en train de parler) : « Donc il est là-dessus ».

En l'absence de moments formels de rencontre entre tous les membres de l'équipe, on pourrait penser que les personnels du bloc opératoire s'appuient sur les périodes de relève pour prendre du recul sur l'activité passée et les problèmes rencontrés afin de réfléchir collectivement à la façon dont la gestion des situations perturbées serait susceptible d'être améliorée dans le futur. Toutefois, la période de relève n'échappe pas à la logique d'efficacité dont nous faisons ici état. Au regard du programme opératoire très chargé, les moments de transmission sont en réalité extrêmement brefs (en cardiologie ils sont à peine formalisés et se déroulent ainsi dans le couloir au gré des rencontres) et les membres de l'équipe montante sont à titre principal dans l'attente des informations à caractère opérationnel et uniquement de celles dont ils auront besoin pour tenir leur poste : les échanges sont surtout tournés vers le présent (où en est-on dans le programme ?) ou le futur (quelle infirmière, dans quelle salle, tel matériel préparé pour telle intervention...) mais ne reviennent que peu sur l'expérience passée (hormis si la situation passée impacte le futur, par exemple, lorsqu'une perturbation n'est pas encore réglée). Dès lors, on le voit dans l'extrait précédent, lorsqu'un acteur tente de revenir sur une situation perturbée passée, enclenchant par là un potentiel REX, il trouve souvent peu d'écho auprès de ses collègues.

Si le travail de relève tel qu'il se réalise au bloc opératoire ne favorise pas la réflexivité collective, il soulève par ailleurs un problème d'un autre acabit : celui de la reconnaissance du travail effectué, notamment sur ce poste particulier d'infirmière-coordinatrice. Effectivement, le travail de cette infirmière est véritablement éparpillé dans différents lieux (salle d'orientation, salles d'intervention, pharmacie, sas d'accueil des patients...) et auprès de différents interlocuteurs (les différentes équipes opératoires, les services satellites du bloc, etc.), nous aurons l'occasion de le voir dans la suite de notre propos, la coordinatrice jouant un rôle central dans la gestion des situations perturbées. Dès lors, aucun acteur ne dispose d'une vision d'ensemble du travail qu'elle effectue, comme l'expliquait une infirmière du bloc cardiologie au cours de nos observations : *« Une difficulté en tant que coordinatrice, c'est qu'il y a beaucoup de travail mais que tout le monde n'en a pas conscience (...). Il y a plein de petites choses à gérer. La coordinatrice peut être très demandée, c'est difficile car transparent (...). La coordinatrice n'est pas en salle, ses tâches ne sont pas clairement définies. (...) Chacun ne voit que ses propres demandes. Parfois, les gens se demandent un peu ce que t'as bullé dans ta matinée »*. Or, en l'absence de moments de rencontre collectifs et puisque les périodes de relève ne permettent pas de mettre en visibilité le travail réalisé, les acteurs éprouvent un manque de reconnaissance très important, de la part des pairs, mais aussi des responsables et (surtout) des médecins, en témoignent ces infirmières du bloc orthopédie au cours d'un entretien : *« On fait vraiment tout pour que ça tourne et on a l'impression qu'ils ne le voient jamais, c'est*

jamais assez bien, jamais assez vite » ; « Pourquoi on se fait suer à faire ce boulot de dingue ? Pourquoi on court dans tous les sens pour faire en sorte que tout aille bien, et quand tout va bien, ils ne s'en rendent même pas compte qu'on court dans tous les sens ? ».

*

On parlera ici de situation « réflexive » pour qualifier une situation non perturbée dans laquelle les acteurs ne sont pas tournés vers la réalisation des actes chirurgicaux proprement dits ou vers le travail de préparation en découlant, mais s'engagent plutôt dans une activité de réflexion et d'analyse de cette situation. Il peut s'agir du questionnement de la trame organisationnelle en cours d'élaboration : les acteurs cherchent alors à concevoir et à arrêter l'organisation future. Dans ces situations, le recours aux outils papiers (comme soutien à la réflexion) est fréquent et les personnels sont conduits à alimenter l'outil de structuration de l'activité (le programme opératoire). Les échanges (notamment par téléphone) sont ici souvent différés. Mais les acteurs sont également plongés dans des situations dites « réflexives » lorsqu'ils s'interrogent sur la procédure à mettre en œuvre (souvent du fait d'une méconnaissance de celle-ci) ou sur l'état de la situation présente (incertitudes liées au caractère dispersé de l'activité) : ils cherchent alors à obtenir des informations qui leur font défaut auprès d'autres acteurs. Ils sont dans cette perspective amenés à solliciter un interlocuteur en particulier (logique de ciblage) soit parce qu'ils lui reconnaissent un savoir-faire particulier, soit compte-tenu de la situation dans laquelle celui-ci s'est trouvé impliqué (le « *travail de médiation* » de Grosjean et Lacoste (1999)). La mobilisation de cet interlocuteur s'effectue principalement en face à face et les aménagements architecturaux jouent à cet égard un rôle important (par exemple, rôle des portes vitrées pour localiser un interlocuteur précis). En revanche, les situations réflexives découlent peu de la mise en débat, au sein du collectif, de l'organisation et des pratiques des acteurs. Il apparaît en réalité que les conditions organisationnelles favorables au retour d'expérience ne sont pas réunies au sein du cas étudié : peu de moments de rencontre collectifs sont en effet organisés au regard de la logique d'efficacité sous-jacente aux différentes situations et les périodes de relève n'échappent pas à ce constat (courtes, échanges à caractère opérationnel tournés vers le présent ou le futur) ; en outre, les équipes ne disposent pas des marges de manœuvre nécessaires pour faire évoluer les réponses organisationnelles face aux problèmes rencontrés par le passé. Compte-tenu de ce résultat, on peut, dans le cas étudié, se demander si l'on est réellement en mesure de parler de « situations réflexives ».

Résumé du chapitre 5

Nous décrivons dans ce chapitre les agencements organisationnels des situations non perturbées. Nous distinguons ici deux types de situations : celles dans lesquelles les acteurs sont en possession de l'ensemble des informations nécessaires à leur travail (situations qualifiées de « normales ») et les situations dites « réflexives » dans lesquelles les acteurs ne disposent pas des informations ou connaissances suffisantes et s'engagent alors dans une activité d'analyse et de questionnement de la situation.

Nous montrons que la logique sous-jacente à ces deux types de situation est celle de l'efficience. Le temps consacré à l'échange dans les situations de travail est alors extrêmement limité au sein des deux situations. Nous signalons notamment que le retour d'expérience n'est que peu envisagé au sein des blocs opératoires étudiés, ce qui n'est pas sans poser problème aux équipes.

En situation normale, nous montrons que **la coordination s'opère par des outils informatiques de structuration de l'activité, accompagnés de procédures, et auxquels les acteurs se conforment largement.** Nous mettons en outre l'accent sur la construction d'une identité collective au sein de l'équipe dont l'existence facilite le déploiement de **routines organisationnelles tacites** (langage simplifié, usage de codes) qui jouent un rôle essentiel dans la coordination des personnels.

En situation réflexive, les incertitudes procèdent surtout d'une méconnaissance de la procédure ou d'une indétermination de la trame organisationnelle qui n'a pas encore été arrêtée, dans le présent : nous signalons ici aussi l'importance des outils de structuration de l'activité (que les acteurs alimentent) et de la procédure (rappelée par les acteurs sollicités). **Mais nous montrons surtout que les incertitudes en situations non perturbées découlent du caractère dispersé du travail de soins qui appelle à la réalisation d'un « travail de médiation »** pour reprendre le terme proposé par Grosjean et Lacoste (1999).

CHAPITRE 6 :

LES AGENCEMENTS ORGANISATIONNELS EN SITUATIONS PERTURBÉES

« On a aussi des semaines où on est euh coordinatrice. (...) Quand on arrive le matin on ouvre les salles (...) et puis on allume l'ordinateur, le respirateur (...). Et là c'est le début du bazar [rires]. (...) Bah là, la coordinatrice donc elle a le téléphone donc elle va recevoir déjà tous les appels possibles et imaginables donc ça va être les patients pas prêts, le brancardier qui euh voilà qui peut pas descendre le patient, euh les chirurgiens qui vont être en retard, (...) ça peut être tout et n'importe quoi » (Infirmière de bloc). Cet extrait d'entretien est tout à fait révélateur du phénomène étudié. D'une part, on le voit, le travail au bloc opératoire est rigoureusement programmé et suit une procédure stricte, nous l'avons largement mis en évidence dans le chapitre précédent (chapitre 5). Mais d'autre part, cette trame préétablie est constamment déstabilisée par un flux incessant de perturbations.

Ainsi, c'est aux situations perturbées que le présent chapitre va s'intéresser. Nous nous attacherons ici, à l'instar du chapitre précédent, à caractériser l'agencement organisationnel qui se construit au sein de ces situations perturbées. Mais la grille proposée au chapitre 4 appelle en réalité à distinguer deux types de situations perturbées : celles qui présentent un fort degré d'incertitude et sur lesquelles il n'existe pas de réponses organisationnelles précises (situations perturbées que nous qualifierons d'« impensées ») et qui feront l'objet de notre première partie, et celles pour lesquelles une réponse organisationnelle a été prévue (situations perturbées dites « routinières ») auxquelles nous nous intéresserons dans une seconde partie.

Nous montrerons que la coordination revêt un enjeu majeur pour les acteurs confrontés à des perturbations : il faut ainsi recueillir des informations sur la situation, prendre une décision, puis la faire appliquer. Or, l'agencement qui se construit en situation perturbée est bien différent de celui que nous avons décrit dans le chapitre précédent. Nous mettrons ici l'accent sur la richesse des communications, sur le « *travail d'organisation* » (de Terssac et Lalande, 2002) entrepris par les acteurs, notamment au travers de l'adaptation ou de l'actualisation des règles et des outils, mais également sur l'existence de tensions et de conflits importants. Nous soulignerons en outre le rôle essentiel joué par un acteur du bloc opératoire dans la gestion de ces situations perturbées et déjà introduit par l'extrait d'entretien précédent : l'infirmière-coordinatrice.

Plongeons dès à présent au sein des blocs orthopédie et cardiologie pour observer la façon dont les acteurs font face aux perturbations qui se présentent à eux.

1. LES SITUATIONS PERTURBÉES « IMPENSÉES » : LA COMMUNICATION AU CŒUR DE LA GESTION DES EVENEMENTS

Nous l'avons vu, les deux blocs étudiés se différencient par leur spécialité (chirurgie orthopédique versus cardiologie interventionnelle) comme par leurs caractéristiques architecturales (taille des blocs et propriétés de l'espace central). De ce fait, la nature des situations perturbées qui présentent des incertitudes, mais surtout les réponses qui leur sont apportées, divergent entre les deux blocs opératoires. Dès lors, nous nous proposons dans cette section de revenir sur la façon dont les perturbations sont prises en charge au sein du bloc orthopédie (1.1) puis du bloc cardiologie (1.2) et d'observer les principales différences.

1.1. Le cas du bloc orthopédie : une équipe force de proposition face à des problématiques organisationnelles persistantes

Nous avons choisi de relater ici le cycle de résolution d'une situation perturbée, de la découverte du problème à la mise en œuvre de la solution, et pour laquelle un certain nombre d'incertitudes subsiste.

1.1.1. La trame organisationnelle déstabilisée : la survenue d'une perturbation

Encadré n° 39 - Etape 1 : Découverte de la perturbation et des incertitudes correspondantes (Bloc orthopédie)

10h45. En orientation. Le téléphone de la coordinatrice sonne. C'est une infirmière du service ambulatoire qui l'appelle parce qu'elle a vu qu'un de ses patient était prévu au bloc orthopédie en fin de programme pour une « reprise de cicatrice » : comme c'est de l'ambulatoire (le patient sortira ce soir), elle veut savoir si c'est possible de modifier l'ordre des patients et de faire passer ce patient avant. La coordinatrice découvre par hasard, grâce à l'appel de l'ambulatoire, cette « reprise de cicatrice » : elle n'avait pas été prévenue et cette procédure n'apparaît pas sur son programme. La coordinatrice raccroche et dit à l'infirmière de caddies : « Y a une reprise de cicatrice pour Monsieur Albert ». Sa collègue lui demande : « En septique ? ». « Je sais pas », lui répond la coordinatrice.

Ce premier extrait d'observation relate l'évolution d'une situation normale vers une situation perturbée. L'infirmière-coordinatrice est contactée par une unité connexe (le service ambulatoire) et prend connaissance d'un élément qui va déstabiliser le programme opératoire, un événement lié au patient, au sens où l'intervention dont il est ici question

n'apparaît pas sur les « référentiels de normalité » de la situation, à savoir les outils de structuration de l'activité papiers comme informatiques.

La situation qui nous intéresse ici est donc une situation « perturbée » mais elle présente par ailleurs un caractère incertain puisqu'il manque des informations à ses principaux protagonistes. Outre le fait que notre infirmière obtienne ici une information dont elle n'avait au préalable pas connaissance (première indétermination sur le patient, résolue au moment où elle est soulevée), l'indétermination qui subsiste concerne deux aspects de la situation. Il s'agit d'une part de la temporalité, une incertitude résultant de la demande d'un service connexe qui souhaiterait, dans son intérêt, procéder à des changements dans les horaires de passage des patients. L'exemple présenté montre que les échanges entre les différents acteurs et ici entre les différents services reposent sur une véritable intercompréhension des problématiques de chacun. La coordinatrice va ainsi prendre en compte la demande de l'infirmière d'ambulatoire (et une partie des actions qu'elle opérera par la suite sur cette situation sera tournée vers cette préoccupation) car elle comprend qu'il serait plus simple pour le service ambulatoire de faire passer ce patient plus tôt dans le programme. Une intervention en ambulatoire se caractérise en effet par l'absence d'hospitalisation du patient : ce dernier sortira donc à la suite de son opération ; le service ambulatoire est fermé la nuit. De ce fait, plus l'opération a lieu tardivement dans la journée et plus les personnels du service ambulatoire risquent de terminer leur journée de travail en retard. La sollicitation de cette infirmière d'ambulatoire est donc compréhensible du côté des acteurs du service et elle est en outre parfaitement cohérente avec la stratégie de l'établissement, tournée vers la rationalisation et l'optimisation des moyens. En effet, afin d'optimiser le nombre de prises en charge en ambulatoire, un grand nombre de rotations s'opère au sein de ce service, sur une même journée : « *L'ambu, c'est énorme comme flux, on tourne généralement (...) à au moins 75-80 ambu jours et on a 52 lits donc on reprend deux fois* » (assistante service ordonnancement). Ainsi, bien que cette demande, si elle est acceptée, bouleverse le programme opératoire préétabli, elle apparaît parfaitement légitime aux yeux de chacun. On le voit d'emblée à travers cet extrait, certaines sources de perturbations sont donc anticipées par l'organisation puisque les services connexes ne font pas cette requête par hasard : ils savent qu'il est parfois possible de procéder à des ajustements dans le programme (caractère flexible de ce dernier dans le travail tel qu'il s'effectue réellement) et ils connaissent la procédure à suivre, à leur niveau - contacter l'infirmière-coordinatrice du bloc concerné. En réalité, les réflexions menées au sein de services supports tels que le service ordonnancement visent à déployer des procédures afin de limiter ces facteurs de perturbation, tout à fait tolérés au demeurant par la direction de la clinique puisqu'ils s'inscrivent parfaitement dans la

logique d'optimisation de l'organisation. « *Là je revois par exemple en orthopédie, pour que l'ambulatoire soit pas prise trop tard. Et de dire au bloc ortho, vous vous débrouillez, vous les faites passer plus tôt pour être sûr qu'ils sortent le soir* » (Chargé de projet ordonnancement). La volonté qui transparaît à travers l'instauration de tels projets est bien celle de ramener la situation perturbée et incertaine à la situation dite « normale » au sein de laquelle la règle dicte les actions de chacun, nous y reviendrons largement dans la suite de notre propos. La seconde indétermination concerne la nature de la procédure qui va être exécutée : l'intervention chirurgicale sera-t-elle ou non « *septique* » ou réalisée chez un patient « *septique* » ? Les « *reprises de cicatrice* », peuvent en effet potentiellement présenter un caractère infectieux. Or, une procédure « *septique* » engendre de lourdes conséquences en termes d'organisation ou plutôt de désorganisation du bloc opératoire puisqu'à la suite d'une intervention en « *septique* », la procédure d'aseptisation prend un temps considérable : elle implique de nettoyer la salle du sol au plafond au lieu de réaliser un simple « *entre-deux* », et il faut nettoyer la salle deux fois au lieu d'une en temps normal. Par conséquent, la salle est bloquée le temps de cette lourde procédure d'aseptisation et les interventions suivantes, normalement réalisées dans cette salle, doivent être prises en charge dans une autre salle : l'équipe dispose alors d'une salle en moins pour « *faire tourner* ».

Dans cette situation perturbée, on observe à travers l'extrait présenté le rôle central d'un outil particulier, le téléphone, mobilisé ici en raison de trois caractéristiques qui lui sont propres (notamment par comparaison avec les outils papiers ou informatiques) :

- D'une part, il permet de joindre des interlocuteurs éloignés géographiquement et constitue en cela un véritable substitut à la relation en face à face qui n'est pas envisageable dans le cas présent (le bloc opératoire et le service ambulatoire sont éloignés physiquement).
- D'autre part, il est utilisé pour sa capacité à cibler un interlocuteur précis : l'infirmière d'ambulatoire cherche à joindre ici un service spécifique (l'orthopédie) et une personne en particulier (la coordinatrice), conformément aux procédures en vigueur. A l'inverse, les outils papiers ou informatiques (hormis les mails mais les équipes n'ont pas accès à cette fonctionnalité informatique) ne permettent pas de cibler les interlocuteurs, l'information est destinée à l'ensemble des acteurs. La sollicitation d'un interlocuteur particulier offre l'avantage de le responsabiliser sur la demande qui lui est faite, sur la réponse qu'il devra y apporter et sur les actions qu'il devra déployer dans ce but. En revanche, le ciblage des interlocuteurs réduit la portée des informations qui ne seront plus dès lors partagées auprès de

l'ensemble des acteurs (à la différence de l'outil informatique), ce qui peut parfois poser problème.

- Enfin, et surtout, l'usage du téléphone permet de recueillir des informations très rapidement : la sollicitation de l'interlocuteur est immédiate, à la différence des outils informatiques ou papiers pour lesquels le récepteur de l'information n'a pas de contrôle sur l'alimentation de l'outil. L'appel de l'infirmière d'ambulatoire constitue finalement l'élément déclencheur qui fait passer la situation d'un état « normal » à un état « perturbé » et « incertain ».

Pour terminer, l'extrait d'observation révèle le rôle central des espaces communs de travail, à l'instar de la salle d'orientation du bloc orthopédie dans laquelle deux fonctions travaillent conjointement, pour échanger. Les conversations qui s'y déroulent permettent d'élargir le référentiel de pensée que chaque acteur appose sur une situation : la régulation des événements nécessite en effet de posséder un certain nombre de savoirs sous-jacents, ici sur le caractère septique ou non de la procédure, afin de pouvoir anticiper l'ensemble des conséquences qu'entraînera la prise d'une décision. Dans le cas étudié, l'infirmière-coordinatrice transmet l'information qu'elle vient de recueillir à l'infirmière de caddies qui l'interroge aussitôt sur la nature de la procédure, un élément que la coordinatrice n'a pas pensé à demander au téléphone mais sur lequel il faut pourtant se renseigner puisqu'il nécessite d'être anticipé dans l'organisation du bloc opératoire (affectation des salles d'opération).

1.1.2. Obtention d'informations sur la nature de la procédure

Encadré n°40 - Etape 2 : Résolution d'une partie de l'indétermination concernant la nature de la procédure (Bloc orthopédie)

En orientation. Le responsable de proximité, entrant en orientation, entend le problème : il dit à la coordinatrice que c'est un problème de l'ordonnancement, c'est avec ce service qu'il faut gérer ça. La coordinatrice : « Je les rappelle et je leur dis d'appeler l'ordonnancement ? ». Le responsable : « Non, je vais le faire ». Auparavant, ils échangent sur la procédure : si c'est « septique », le programme du médecin va occuper deux salles puisqu'ils ne peuvent pas mettre d'opération derrière sans qu'il y ait eu une grosse procédure de nettoyage : or, le responsable estime qu'ils ne peuvent pas demander aux agents de réaliser cette longue procédure de nettoyage à cette heure là (en plein milieu de l'après-midi alors que les agents sont déjà beaucoup sollicités pour des « entre-

deux¹³⁸». La coordinatrice rappelle l'ambulatoire pour avoir des précisions sur la procédure tandis que le responsable appelle l'ordonnancement. Il n'arrive pas à avoir le service et appelle donc directement le responsable de l'ordonnancement. Il entend en parallèle la coordinatrice poser des questions à l'ambulatoire sur la procédure. (...) La coordinatrice apprend que c'est une reprise de cicatrice du dos, sous anesthésie locale. Tous deux s'interrogent, ils trouvent surprenant que le malade soit en ambulatoire pour une telle intervention : ils ne croient pas trop à l'anesthésie locale, le patient souffrirait beaucoup sinon, estiment-ils. En parallèle, à l'aide d'un code spécial, le responsable consulte des « traceurs » sur le poste informatique de l'orientation et dit au cadre de l'ordonnancement que l'ajout date du vendredi. Le responsable ordonnancement consulte de son côté l'outil informatique et lui dit que c'est peut-être son service (l'ordonnancement) qui n'a pas prévenu le bloc car ils ont un lit affecté au patient : ce n'est donc pas une urgence qui vient d'arriver, l'information est passée par l'ordonnancement si le patient a un lit. (...) Le cadre de proximité demande finalement au responsable ordonnancement de se renseigner (notamment : est-ce que oui ou non l'intervention est sous anesthésie générale ?) et de le rappeler dès qu'il en sait davantage.

(...) **11h21**. Le responsable entre en orientation et annonce : « L'ordonnancement a rappelé, donc il est bien en ambu, c'est bien une locale. Par contre, je ne pense pas que Fabre [Nom de l'anesthésiste] il va bien vouloir faire une locale en plein milieu de deux AG ». Il lui semble donc difficile d'inverser l'ordre des opérations pour que la « reprise de cicatrice » ne soit pas faite en dernier.

Face à l'indétermination dans laquelle sont plongés les acteurs, les actions déployées dans une situation perturbée visent en premier lieu à obtenir des informations, ici sur la nature de l'intervention. Au bloc orthopédie, la logique centrale du recueil des informations en situations perturbées incertaines est celle de ce que nous avons appelé « l'intermédiation ». Ainsi, dans l'extrait précédent, au lieu de contacter directement le médecin (la source première de l'information), l'équipe sollicite le service ambulatoire pour obtenir des informations sur la procédure. La domination de cette logique d'intermédiation dans les rapports visant à recueillir des informations en situation perturbée s'explique en grande partie par l'absence des médecins de l'espace central de travail en orthopédie et conséquemment par les faibles liens interpersonnels qui ont été tissés entre les médecins et l'équipe. Et puisque, nous l'avons vu, la relation se construit principalement au sein des salles d'opération, le recueil des informations passe bien souvent par la sollicitation des infirmières directement en contact avec le chirurgien au

¹³⁸ Appellation de la procédure que les agents réalisent entre deux interventions.

cours de l'intervention (panseuses ou aides-opérateurs), lorsque celles-ci se rendront en salle d'orientation, entre deux procédures.

En cas d'incertitudes, de nombreux acteurs sont donc sollicités et intègrent à leur tour la situation perturbée. Il en est ainsi du responsable de proximité qui va, dans le cas étudié, jouer un rôle important. Son réflexe est de rappeler les règles - « *c'est un problème de l'ordonnancement* » - qui doivent guider les actions à déployer : il s'adresse dès lors à son équipe sur un mode prescriptif - « *il faut* » - et joue le rôle de décideur lorsqu'il se retrouve impliqué dans la situation - « *je vais le faire* ». Le cadre de proximité du bloc peut aussi être prescripteur à l'égard d'acteurs aux niveaux hiérarchiques similaires, comme dans le cas présent où il enjoint le responsable ordonnancement à obtenir les réponses à ses questions avant de le recontacter. Ici, la relation s'établit sur un rapport d'autorité non pas lié aux statuts mais davantage aux services dans lesquels chacun travaille et au nom desquels ils s'expriment (relation entre le bloc opératoire dans lequel se déroule l'activité centrale et un service support) : le responsable du bloc orthopédie tire alors sa légitimité de sa présence au bloc opératoire, de son implication dans l'activité « réelle ». Mais en situation perturbée, l'équipe comme le responsable sont aussi fréquemment conduits à contourner les règles, à les adapter à leurs besoins. Ici, afin d'obtenir rapidement les informations, le responsable contacte directement le cadre du service ordonnancement lorsqu'il n'arrive pas à joindre l'équipe. Le téléphone est là encore mobilisé dans une logique d'immédiateté, de rapidité dans l'obtention des informations.

L'extrait présenté nous amène à souligner de nouveau le rôle de l'espace central, cette fois dans sa fonction de centralisation des ressources. D'une part, il favorise le regroupement de l'équipe dans son ensemble, y compris avec le responsable puisque ce dernier y entre spontanément afin de superviser la journée opératoire et se tenir informé des problèmes. La proximité de son bureau lui permet de s'y rendre à plusieurs reprises tout au long de la journée et d'entendre les échanges qui s'y déroulent afin d'éventuellement intervenir lorsqu'il le juge nécessaire, à l'instar de l'exemple présenté ci-dessus. D'autre part, rassemblant un grand nombre d'outils en son sein, cet espace s'impose comme un véritable lieu de réflexion pour l'équipe d'orthopédie. Ici, ce sont les outils informatiques qui sont utilisés à titre principal, par les responsables des deux services concernés : tandis que le cadre de l'ordonnancement consulte l'outil de structuration de l'activité de la clinique, le responsable du bloc orthopédie mobilise une fonctionnalité particulière de cet outil sur laquelle seuls les managers ont été formés, fonctionnalité permettant d'opérer des contrôles dans l'alimentation de l'outil par le biais

de « *traceurs* » intégrés. L'outil informatique est alors utilisé dans une optique de recueil des informations, de consultation et non d'alimentation.

Si ces outils offrent la possibilité à tous les acteurs de la clinique de collecter de manière autonome un grand nombre d'informations sur l'activité telle qu'elle a été programmée, mais aussi en situation normale, nous l'avons vu, telle qu'elle se déroule réellement (outil « *supervision de bloc* »), ils se révèlent être aussi parfois en eux-mêmes des sources de perturbations potentielles de l'activité : ici, l'élément déstabilisateur que l'on a au départ rattaché au patient (un ajout, une intervention non programmé) s'avère en réalité provenir des outils - « *le responsable ordonnancement consulte de son côté l'outil informatique et lui dit que c'est peut-être son service (l'ordonnancement) qui n'a pas prévenu le bloc* ». Ces derniers constituent en effet pour tous les acteurs les référentiels de la situation « normale ». Or, il arrive que ces outils présentent des défaillances, notamment lorsqu'ils n'ont pas été alimentés correctement (ou parce qu'ils sont adaptés, comme nous l'avons montré au préalable (cf : situations réflexives)). Dans ce cas, l'image de référence qu'ils renvoient et sur la base de laquelle l'activité s'organise et se déroule est erronée, engendrant dès lors un certain nombre de dysfonctionnements, à l'image du cas présenté ici. Les dispositifs formellement mis en place par l'organisation et destinés à s'inscrire dans la situation normale (puisqu'ils renvoient l'image de l'activité telle qu'elle a été programmée) sont donc, en eux-mêmes, des sources potentielles de problèmes qui conduisent à l'émergence de situations perturbées.

Sur cet aspect, lorsque les outils ne sont pas alimentés correctement, des conflits sont susceptibles d'éclater entre les différents services puisque chaque unité est dépendante des informations transmises par les autres services. On retrouve alors cette problématique de l'alimentation des outils à tous les niveaux de la clinique : « *Des fois il y a des personnes en salle qui euh ne font pas l'informatique en temps... enfin comme il faudrait faire, donc c'est vrai que des fois on a des surprises* » (Infirmière du bloc orthopédie) ou encore « *Par exemple, hier, une chose toute bête : un patient qui devait monter dans une chambre à midi, je me rends compte que, à midi, j'ai toujours pas la nouvelle qu'il soit monté, il est monté à 16h, je me dis, tiens c'est bizarre qu'est-ce qui s'est passé, et bah en fait il y a eu un dysfonctionnement sur Crossway, l'information était mal renseignée, donc du coup ce qu'on a organisé n'est pas bon* » (Chargé de projet ordonnancement). Par ailleurs, ces tensions sous-jacentes dans les relations entre les différents services ne sont pas le seul fait de l'alimentation des outils : le cas présent montre qu'un certain nombre de conflits d'intérêts sont susceptibles d'opposer les différents services. Ici, l'intérêt du service ambulatoire (avancer l'heure de passage du patient qui le concerne) peut

potentiellement entrer en contradiction avec les contraintes propres aux agents de service hospitaliers du bloc pour qui la réalisation des deux longues procédures d'aseptisation à la suite d'une intervention septique est délicate en plein milieu de la journée opératoire puisque les ASH sont sans cesse sollicités, à ce moment là, pour des « *entre-deux* ». De la même manière, la réalisation d'une procédure particulière (intervention sous anesthésie locale) peut compliquer le travail de l'anesthésiste lorsqu'elle est réalisée en plein milieu de la journée, interrompant le flux continu des anesthésies générales et le contraignant à l'exercice d'un travail différent (durée et surveillance différentes, *etc.*).

On le voit finalement à travers le cas étudié ici, la régulation d'un événement, qui implique de prendre des décisions en matière d'organisation du bloc opératoire, suppose de posséder une vision d'ensemble de la situation : en situation incertaine, outils informatiques, téléphone et lieu de regroupement des personnels constituent des ressources essentielles pour obtenir les informations qui font défaut ; mais par ailleurs, la perception globale d'une situation implique de posséder un certain nombre de connaissances sous-jacentes (ici contraintes propres à chaque acteur et impact sur l'organisation générale) par le prisme desquelles les informations obtenues et les règles seront interrogées, afin d'élaborer des suppositions, de dresser des propositions, premier pas vers la prise de décision.

1.1.3. Alimentation des outils par la coordinatrice

Encadré n°41 - Etape 3 : Alimentation des outils grâce aux informations obtenues (Bloc orthopédie)

En orientation. 11h24. La coordinatrice a ajouté l'intervention que l'équipe vient d'apprendre sur le programme papier du chirurgien concerné (Docteur Albert). Elle a aussi, en prévision, mis du blanco sur l'heure de passage du patient censé passer juste avant la « reprise de cicatrice », au cas où ils procéderaient à des inversions de programme, comme le demande le service ambulatoire. Elle complète en inscrivant à côté de l'ajout « reprise de cicatrice » : « locale ??? ». Une infirmière entre en orientation et regarde le programme opératoire version papier. « Putain, c'est quoi ça ? » s'exclame-t-elle en voyant l'ajout « reprise cicatrice ».

En situation perturbée et lorsqu'il subsiste des incertitudes, les besoins des acteurs diffèrent des ressources organisationnelles mises à leur disposition : dans ce type de situations, il n'existe en réalité pas de réponses organisationnelles toutes faites pour réguler l'événement qui surgit. Nous l'avons vu précédemment, la règle peut alors être contournée. De la même manière, les outils mobilisés par les acteurs vont être adaptés.

Ici, la coordinatrice n'alimentera pas l'outil informatique partagé par l'ensemble des acteurs de la clinique (alors même qu'elle a découvert qu'il n'était pas à jour) mais se préoccupera uniquement de l'outil papier dérivé de ce programme opératoire informatisé. Sur ce document, elle procédera à des ajouts à la main et à des ratures (blanco). L'adaptation des outils vise en fait à les rendre plus appropriés, plus conformes aux besoins de l'équipe, des besoins qui n'ont pas été anticipés par l'organisation dans ce type de situation perturbée :

- D'une part, dans l'optique de l'alimentation de l'outil, et face aux bouleversements du programme opératoire préétabli, les acteurs adaptent l'outil afin de le rendre plus flexible : sur l'outil papier, on peut facilement et rapidement procéder à des changements par rapport à l'outil informatique (des modifications qui se matérialiseront concrètement par des flèches ou encore par des ratures ou du blanco), comme dans l'exemple étudié ici où la coordinatrice ajoute une intervention sur le document et envisage d'effectuer des inversions entre deux opérations ; en outre, nous verrons par la suite que l'outil papier est utilisé comme support à la réflexion, notamment dans le système de rotation de salles (affectations des salles et des personnels sans cesse actualisées).
- D'autre part, et c'est surtout le but poursuivi, dans une optique cette fois de consultation, l'adaptation du programme opératoire en version papier vise à le munir d'une dimension d'alerte dont l'outil informatique est dépourvu : l'accès au programme papier est immédiate comparée à l'outil informatique qui nécessite de procéder à des manipulations ; le programme informatique n'est pas doté d'une fonctionnalité permettant d'accéder aux dernières modifications et celles-ci ne ressortent ainsi pas facilement de la vision d'ensemble qu'offre cet outil (lors de changements dans le programme opératoire, par exemple pour des inversions de patients, la coordinatrice est ainsi contrainte d'appeler les services pour les alerter). Au contraire, les changements sur le programme papier sont indiqués à la main. Or, l'outil papier étant extrait de l'outil informatique, les modifications ressortent très clairement par rapport aux informations dactylographiées correspondant à la situation normale. Le cas discuté ici met en exergue cette dimension d'alerte puisque l'infirmière affectée au programme opératoire qui vient d'être modifié, en consultant cet outil papier qui joue alors un rôle de « médiation », découvre aussitôt l'ajout dont il est question.

La situation présentée ici montre par ailleurs la complémentarité des différentes ressources : ainsi, c'est uniquement parce que l'espace central de travail constitue un lieu

de passage et de regroupement des acteurs, que la dimension d'alerte de l'outil est effective. D'un simple coup d'œil, les acteurs qui se rendent dans cette salle peuvent s'informer des changements dans le programme opératoire de la journée. Mais puisque l'outil concerné, à la différence du programme informatisé, n'est pas partagé (un accès direct et physique uniquement), sans l'existence d'un tel espace de travail, cet outil papier ne tiendrait pas le rôle central de « médiation » qu'il possède aujourd'hui au sein de l'équipe du bloc orthopédie.

Enfin, cet extrait d'observation révèle là encore l'existence de conflits d'intérêts entre les différents « mondes d'action » de la clinique : ici, s'exprime à travers une invective forte un état de tension entre les intérêts des médecins (optimiser son temps de présence au bloc opératoire et enjeux financiers) et ceux des infirmières de bloc (équilibre entre vie privée et vie professionnelle : ne pas terminer sa journée de travail en retard). L'infirmière concernée découvre cet ajout sans savoir qu'il procède d'un oubli, d'un problème organisationnel, et qu'il était en réalité prévu dans le programme opératoire de la journée. Elle sait qu'une « *reprise de cicatrice* » ne constitue pas un cas d'urgence et, en cela, cet ajout est difficilement acceptable à ses yeux.

1.1.4. L'existence de conflits de situations

Encadré n° 42 - Etape 4 : Découverte de conflits entre les différentes situations (Bloc orthopédie)

En orientation. 13h20. Une infirmière entre et demande à l'infirmière des caddies : « Mais ils vont sortir à quelle heure chez Labro ? ». Une intervention (rupture du col du fémur) ajoutée en urgence ce matin dure en effet depuis plusieurs heures. Elles plaignent la panseuse en salle avec ce médecin. (...) L'infirmière de caddies lui demande : « Tu veux que je te montre les radios ? ». Elle lui montre sur le poste informatique et l'infirmière s'exclame (...). En orientation, les infirmières réalisent alors que puisque la procédure semble s'éterniser, l'aide-opératoire sur cette opération ne va pas pouvoir commencer à l'heure avec le Dr Albert : elle ne sera pas libérée à temps. Cette aide-opératoire travaille en effet aujourd'hui avec deux chirurgiens, le premier, le Dr Labro, le matin et le second, le Dr Albert, l'après-midi. Ainsi, le Dr Albert va arriver mais son aide ne sera pas disponible. Par conséquent, la panseuse en salle avec le Dr Albert cet après-midi va peut-être être toute seule avec ce chirurgien, réputé difficile, sur la première intervention programmée, une PTH. Ses collègues la plaignent (...). Le responsable entre en orientation. Il échange avec la coordinatrice et l'infirmière de caddies et ils évoquent ensemble la possibilité de faire passer maintenant la « reprise de cicatrice en local » qui doit être prise

en charge par le Docteur Albert, puisque cette procédure peut-être faite tout seul (pas besoin d'aide-opérateur, juste d'une panseuse). Mais le responsable rappelle qu'il faut demander au médecin, avant même d'appeler le service ambulatoire, afin de « ne pas leur donner de faux espoirs ».

(...) La panseuse du Dr Albert entre en orientation. Elle est énervée et raconte qu'elle a appelé pour descendre le patient suivant (qui vient pour la première intervention, la PTH) mais le brancardier affecté au bloc orthopédie cette semaine (Sylvain) l'avait déjà descendu : « Il fait chier à prendre des initiatives (...). La patiente elle attend depuis ¼ d'heure ». L'infirmière de caddies et la coordinatrice lui expliquent alors qu'elles vont peut-être faire descendre le patient en ambulatoire pour qu'il passe en premier, donc avant la patiente en question...

Cet exemple dévoile l'existence de conflits de situations. En effet, les différentes situations ne se déroulent pas de manière parallèle et indépendamment les unes des autres : elles partagent un certain nombre de ressources communes (matériel, personnel, etc.). Elles vont donc s'impacter mutuellement, se rejoindre souvent, se confronter parfois. Il nous faut dans le cas présent distinguer trois types de situations perturbées particulières, provenant d'événements distincts :

- La première concerne le retard pris sur un programme opératoire du matin (celui du Dr Labro) du fait de deux événements distincts liés au patient puis à la procédure (prise en charge d'une urgence qui par ailleurs présente des complications en salle d'opération).
- La seconde concerne la situation qui nous intéresse ici : l'intervention en ambulatoire qui n'apparaissait pas sur le programme opératoire et pour laquelle subsistent encore certaines incertitudes (sur la temporalité : quelle horaire ? ; sur la procédure : est-elle ou non septique ?).
- Enfin, la troisième situation concerne l'initiative qu'a prise le brancardier de descendre un patient plus tôt que prévu sans respecter la procédure (sans attendre l'appel de la panseuse).

Ici, la survenue d'événements liés au patient puis à la procédure dans la première situation va impacter ou plutôt déstabiliser le programme opératoire d'un autre chirurgien et ainsi créer de nouvelles incertitudes et potentiellement d'autres aléas, cette fois liés au personnel, puisque l'aide-opérateur occupée sur l'urgence risque de ne pas être disponible pour débiter à l'heure sur le programme opératoire d'un autre médecin. La

proposition émise par l'équipe pour soulager cette tension va par ailleurs permettre de solutionner les incertitudes qui demeurent dans la deuxième situation, en procédant à des inversions dans le programme du chirurgien concerné. Or, cette proposition va impacter de manière négative la troisième situation dont les acteurs n'avaient pas connaissance lorsque celle-ci a été suggérée.

Ces conflits de situations sont pris en charge au sein de l'espace central de réflexion dont nous avons au préalable fait état, qui s'érige comme le lieu d'intersection des différentes situations gérées au sein du bloc opératoire. L'extrait précédent met en exergue l'existence d'une communication plus riche et plus élaborée que dans les situations dites « normales » où les échanges, nous l'avons vu, sont plutôt rares. La consultation de la radio d'un patient donne lieu à une réflexion collective au cours de laquelle les infirmières vont prendre conscience de l'existence de ce conflit de situations et le mettre en mot. La discussion qui s'ensuit conduit à la formulation d'une proposition commune qui tient compte des différentes situations dont le groupe a connaissance : celui-ci suggère dès lors de procéder à des modifications dans le programme de manière à soulager le conflit de situation dont il est ici fait état mais également d'apporter une réponse à une autre situation perturbée, *a priori* pourtant indépendante (avancer l'heure de prise en charge d'un patient en ambulatoire). La découverte du problème et l'élaboration d'une telle proposition impliquent de disposer de solides compétences d'anticipation mais également d'avoir à l'esprit un certain nombre de savoirs sous-jacents que nous pouvons mettre en évidence à travers cet exemple : les infirmières disposent de connaissances sur les règles d'organisation du bloc (on sait que l'aide-opératoire du matin travaille sur une deuxième vacation et avec un second médecin l'après-midi) et sur les procédures (telle intervention nécessite ou non une deuxième aide-opératoire) mais également d'une expérience des marges de manœuvre dont on dispose réellement dans l'adaptation des règles. Ici, l'équipe sait qu'il est toléré de déplacer une intervention, mais qu'il faut auparavant demander son accord au médecin qui conserve ainsi le pouvoir de décision. Ce dernier aspect est d'ailleurs rappelé par le responsable de proximité qui joue là encore, nous le voyons dans l'extrait présenté, un rôle important dans la réflexion collective et l'élaboration de solutions potentielles.

L'espace central, comme lieu fermé et attribut de l'équipe d'infirmières, devient aussi le théâtre de critiques, de jugements formulés à l'encontre des médecins, par le biais desquels se manifeste une forme de solidarité au sein de l'équipe : dans le présent extrait, les infirmières expriment leur soutien à l'égard d'une de leur collègue contrainte de travailler seule avec un chirurgien sur une procédure délicate. Paradoxalement, la

collègue dont il est question est absente : en réalité, ce qui compte ici par-dessus tout, c'est le partage des ressentis, des émotions, bref du vécu, auprès de la communauté dans son ensemble, au sein de laquelle s'exprime une compréhension mutuelle et où l'on se découvre des problématiques similaires. En situation perturbée, la figure du médecin est ainsi bien souvent mise à rude épreuve : ces moments d'échange constituent en fait l'opportunité de renforcer la véritable identité collective de l'équipe que nous avons déjà mise en évidence. L'intercompréhension dont il est fait état ici se manifeste aussi vis-à-vis des autres services, et à des niveaux différents dans l'organisation, à l'instar du responsable de proximité qui perçoit bien l'enjeu que revêt une telle proposition pour le service ambulatoire et se préoccupe du ressenti de ces infirmières en ne souhaitant pas « *leur donner de faux espoirs* ».

Mais la compréhension réciproque au sein de l'équipe possède aussi ses limites et l'on voit émerger l'existence de tensions, de divergences entre les intérêts des acteurs, qui sont finalement propres aux différentes situations de gestions dans lesquelles chacun est impliqué. Ici, les intérêts des infirmières entrées en contact avec le service ambulatoire et donc désormais intégrées à la deuxième situation (on cherche à satisfaire la demande de ce service car on comprend ses revendications et on les expérimente soi-même au quotidien) diffèrent des intérêts de l'infirmière impliquée dans la troisième situation dont les préoccupations sont tournées vers le confort de son patient (ne pas le faire trop attendre). De la même manière, cette dernière infirmière ne perçoit pas nécessairement la logique qui sous-tend le comportement du brancardier qui, à travers cette prise d'initiative, cherche sans doute à « *s'avancer* » dans son programme, à lisser sa charge de travail, à se dégager des marges de manœuvre pendant les moments d'accalmie (l'action se déroule sur l'horaire du déjeuner) afin d'alléger les périodes de sollicitations intenses (entre descente et remontées de patients). Des conflits vont même potentiellement éclater entre les personnels (« *il fait chier* ») lorsque les actions d'un acteur viennent entraver les intérêts d'un autre : dans de telles situations perturbées, des situations « inconnues » pour les acteurs du bloc opératoire et donc pour lesquelles aucune réponse organisationnelle efficace n'a été anticipée, les décisions prises par certains acteurs ne sont pas toujours bien comprises car il manque à chacun un certain nombre d'informations pour les appréhender correctement (personne n'a de vision d'ensemble claire des situations). L'espace central est alors le lieu d'expression de ces divergences et de ces tensions.

1.1.5. Rôle du travail de relève en situation perturbée

Encadré n° 43 - Etape 5 : L'activité de relève dans ce contexte (Bloc orthopédie)

En orientation. Quelques minutes plus tard. La relève de la coordinatrice arrive en orientation. Celle-ci, appelée en salle pour amener du matériel supplémentaire, revient en orientation et aperçoit le coordinateur du soir, son relais. Elle manifeste, à travers une franche accolade, une grande satisfaction à le voir venir prendre sa relève et lui tend solennellement le téléphone. Elle lui transmet des informations sur la procédure du Docteur Labro qui se prolonge. « On essaie de prévenir Monsieur Albert mais on n'arrive pas à joindre Monsieur Albert ! » lui dit-elle également. C'est la panseuse du Dr Albert pour l'après-midi qui s'en occupe. Elle lui explique aussi l'ajout d'ambulatoire : « ça serait bien que... » ; « là où tu peux » ; « voilà pour M. Albert ». Elle jongle entre le programme des médecins, les salles, les procédures et le personnel (qui est en salle, qui est parti manger...). La panseuse revient en orientation. « Bah non ! » annonce-t-elle. Elle n'a toujours pas réussi à joindre le médecin. « T'as essayé d'appeler sur quel téléphone ? (...) Tu peux essayer son portable perso ! » suggère le coordinateur du soir. La panseuse lui rétorque de le faire.

Tandis que l'extrait précédent témoignait de l'interdépendance des différentes situations prises en charge au sein du bloc opératoire, celui-ci met davantage en évidence le caractère morcelé de chaque situation. Autant le cas présenté auparavant signalait l'implication de multiples acteurs dans chacune des situations (médecins, infirmières, brancardier...), autant la suite de cet exemple souligne l'implication multiple de chaque acteur dans plusieurs situations en parallèle qui, nous l'avons vu, vont parfois se rejoindre ou se confronter : les situations sont dès lors décousues, les acteurs s'y intéressent puis les abandonnent jusqu'au prochain événement, au profit d'autres situations. Dans le cas présent, la situation qui nous intéresse est temporairement mise de côté et la situation « normale » se poursuit - la relève arrive au sein de l'espace central et attend les transmissions - ponctuée ça et là d'événements touchant d'autres situations - l'infirmière coordinatrice doit ainsi amener du matériel supplémentaire en salle, ce qui suggère la survenue de complications sur une intervention.

La relève constitue ainsi une période au cours de laquelle les acteurs concernés commentent les situations perturbées qui les préoccupent dans le présent : l'infirmière coordinatrice dresse ici rapidement un tableau des événements passés (un retard dans telle salle, un ajout en ambulatoire, telle proposition a été formulée, etc.), des conséquences futures, et des actions qui restent en suspens (« on n'arrive pas à joindre

Monsieur Albert »). En revanche, les échanges reviennent peu sur les situations perturbées résolues qui appartiennent dès lors au passé ; la situation « normale » présente est quant à elle brièvement commentée (état d'avancement de chaque programme lorsqu'il se déroule conformément à la procédure, affectation des personnels, organisation pour le déjeuner, etc.), comme nous l'avons expliqué dans le chapitre précédent (« situations réflexives »). Ce travail de relève doit permettre aux acteurs de l'équipe montante de se constituer les connaissances sous-jacentes nécessaires à la compréhension des échanges, des actions et des événements futurs. Ici, l'expression « *bah non* » de la panseuse chargée de contacter le médecin qui doit donner son accord à la proposition formulée collectivement fait aussitôt sens pour le coordinateur du soir, grâce aux différentes informations transmises par sa collègue du matin. Les échanges se déroulent sur un mode véritablement prescriptif (« *ça serait bien que* », « *là où tu peux* ») où la coordinatrice dicte ou suggère à son remplaçant les actions à poursuivre sur les situations perturbées présentes, dans la continuité des actes passés. L'activité de relève prend appui sur un usage collectif des outils, on le voit à travers l'exemple présenté ici (« *elle jongle entre le programme des médecins* », une expression qui fait référence à l'usage des programmes en version papier, donc des outils adaptés par l'équipe). L'outil constitue alors un support à l'échange langagier, il vise à l'alléger (on montre sur l'outil certaines informations au lieu de les prononcer à l'oral). La période de relève se déroule par ailleurs dans l'espace central de travail : l'exemple présenté ici montre donc qu'au-delà des postes qui se sont vus assignés à ce lieu (coordinatrice et infirmière de caddies), un certain nombre de tâches collectives y sont elles-aussi formellement rattachées.

Dans leur tentative de réguler la situation perturbée et indéterminée qui nous intéresse, les acteurs, nous l'avons mis en évidence précédemment, vont à maintes reprises adapter les règles de travail : ici, le coordinateur suggère de joindre le chirurgien sur son téléphone personnel puisque l'équipe ne parvient pas à le contacter sur son téléphone professionnel. Dans ces situations, les acteurs sont donc forces de propositions.

Il semble en outre intéressant de souligner la dimension symbolique qui sous-tend ces échanges. Face à la proposition du coordinateur de sortir de la procédure habituelle dans la relation au médecin, les comportements des acteurs de l'équipe changent profondément. L'entraide, jusqu'ici caractéristique des relations entre les personnels, s'efface au profit d'une autre logique, plus individualiste, où les acteurs se renvoient aux responsabilités de chacun : « *la panseuse lui rétorque de le faire* ». Bien que le coordinateur vienne tout juste de prendre son poste et d'obtenir les informations, la panseuse le ramène à son rôle au sein du bloc opératoire : c'est à lui de prendre en charge

ces questions organisationnelles. Sortir de la procédure établie en joignant ce chirurgien, réputé dur, sur son téléphone personnel, c'est en effet prendre le risque de s'attirer les foudres de cette figure noble, quasi-divinité du bloc opératoire, et dans le cas du médecin concerné, également ancien membre du Directoire. La dimension symbolique attenante à l'activité de relève s'exprime et se matérialise aussi à travers un objet aux premiers abords insignifiant : le téléphone. Il incarne en vérité la source des problèmes, le point d'entrée des situations perturbées au bloc opératoire, et augure ainsi d'un long et coûteux (physiquement et moralement) travail à mettre en œuvre pour rétablir la situation : l'arrivée de la relève n'est pas neutre pour la coordinatrice du matin, fatiguée par l'ensemble des situations perturbées dans lesquelles elle s'est vue impliquée - « *Elle manifeste, à travers une franche accolade, une grande satisfaction à le voir venir prendre sa relève* » - et la transmission du téléphone telle qu'elle est opérée par la coordinatrice renvoie bien à cette dimension symbolique dont nous faisons état ici : « *elle lui tend solennellement le téléphone* », lui signifiant par là allégoriquement qu'elle lui repasse le poste et les problèmes qui l'accompagnent.

1.1.6. Discussion et arbitrages entre les intérêts de chacun

Encadré n° 44 - Etape 6 : Discussion sur les conflits de situation (Bloc orthopédie)

En orientation. Tandis que le coordinateur du soir cherche le numéro personnel du docteur, son téléphone sonne. La coordinatrice du matin décroche. C'est l'infirmière en salle avec un autre médecin, le Docteur Taillé, qui dit qu'ils peuvent installer le patient suivant, annonce la coordinatrice du matin. Le coordinateur du soir demande : « En 5 ? » ; la coordinatrice du matin : « Non, pas en 5 ! ». La panseuse du Dr Albert entend la conversation, s'en mêle et donne son avis : elle propose qu'ils installent le patient dans la même salle qu'où est le Dr Taillé actuellement (la salle 4, il ne tournerait donc pas). La panseuse dit que sa patiente attend depuis ½ heure dans le sas, elle voudrait donc l'installer en salle 5 : « Il fait chier de prendre des initiatives Sylvain [prénom du brancardier qui a descendu la patiente] », comme pour rappeler que ce n'est pas elle qui a fait descendre sa patiente trop tôt.

Dans la continuité des éléments mis en évidence précédemment, l'extrait présenté ici montre que la situation normale se poursuit en parallèle des actions déployées pour réguler la situation perturbée qui nous intéresse (mettre en œuvre la proposition formulée par le coordinateur : chercher le numéro personnel du médecin). Les différentes situations peuvent dès lors se rencontrer et parfois se confronter. Dans cet exemple, une panseuse contacte l'équipe « *hors-salle* » (notamment les infirmières en « *plus* » dont nous avons

fait état auparavant) à travers le téléphone de la coordinatrice et l'enjoint à installer la suite du programme dans une autre salle puisque le médecin auquel elle est rattachée fait partie des chirurgiens en droit de « *tourner* » pour la journée. Elle tire sa légitimité de la fonction qu'elle occupe : elle se fait d'une part le relais des directives du médecin avec lequel elle travaille et possède d'autre part des informations sur la situation qui se déroule dans la salle d'opération et dans laquelle elle est impliquée (le médecin a bientôt terminé son intervention), informations dont sont privés les acteurs « *hors-salle* » qui s'en remettent de fait aux demandes et propos transmis par cette panseuse. Dans la salle d'orientation, les acteurs vont alors disposer d'une vision d'ensemble des différentes situations qui se déroulent en parallèle au bloc opératoire et qui sont portées au sein de cet espace par des acteurs ou des outils divers (téléphone, informatique...). Véritable lieu de vigilance pour les personnels qui s'y trouvent, cet espace facilite en outre l'implication de chacun dans de nouvelles situations, comme dans cet exemple où la panseuse « *entend la conversation, s'en mêle et donne son avis* » en émettant de nouvelles propositions. Ainsi, des discussions éclatent fréquemment en ce lieu, à l'instar du cas présenté, liées à des conflits d'intérêts entre les différentes situations. Ici, la panseuse du médecin concerné par l'ajout en ambulatoire campe sur ses positions précédentes et négocie avec les autres infirmières présentes, compte-tenu de ces nouvelles informations, afin de servir ses intérêts : elle suggère alors d'installer en salle le premier patient de son programme puisqu'il attend déjà depuis un certain temps dans le sas du bloc, bien qu'une incertitude subsiste toujours sur l'heure de passage des différents patients. Il faut alors arbitrer entre des intérêts différents qui renvoient à des préoccupations divergentes (logique d'efficacité - rotation de salles - versus satisfaction et confort du patient).

Durant ces périodes de discussion, où les acteurs émettent des propositions dans des situations indéterminées, propositions qu'ils négocient ensuite activement, les personnels sont fréquemment en quête de légitimation. Ici, la panseuse justifie sa proposition, qui vient contrarier le droit de rotation de salle auquel peut prétendre une autre équipe, en renvoyant la responsabilité sur un autre acteur, le brancardier. Cette tentative de légitimer ses actes, très courante en situation perturbée, s'appuie également bien souvent sur la mobilisation d'outils, mis à la disposition par l'organisation (le cahier de transmission par exemple) ou encore adapté, recréé par les acteurs (demande de preuve, de justificatifs, auprès de services ou d'organisations connexes : fournisseurs, etc.). Cette volonté de se justifier se manifeste particulièrement face aux médecins et elle concerne tout particulièrement le responsable de proximité, régulièrement mis en difficulté dans l'organisation du quotidien par les médecins d'orthopédie.

Cet extrait d'observation nous amène également à aborder la délicate problématique des rotations de salles. Ici, les intérêts des acteurs divergent sur la question des affectations de salles, en principe pourtant formalisées sur les différents programmes opératoires : chaque intervention, nous l'avons vu, se voit au préalable dotée d'une salle d'intervention spécifique et certains chirurgiens ont la possibilité de tourner entre deux salles afin de ne pas attendre le temps d'installation et de désinstallation des procédures entre deux opérations. En réalité, ce système formellement institué dans la situation « normale » constitue une source de perturbation considérable pour les acteurs : « *Sur papier ça passe, parce que c'est sur papier. Mais dans la vraie vie, ça passe pas. (...) c'est un... un méli-mélo de, de, voilà, de plein de contraintes, de plein de salles, de plein de choses à... (...) Et les trois quarts du temps on voit on dit ah ça va faire comme ça, comme ça, comme ça et ça ne marche jamais* » (Infirmière de bloc). Par rapport à ce qui est formalisé sur le papier, il y a toujours des imprévus à gérer (tel chirurgien ne veut pas aller travailler dans telle salle par exemple, ou un tel a pris du retard sur son programme...). Les acteurs sont par ailleurs vivement incités à optimiser les moyens réellement disponibles au bloc (personnels et salles) à un moment donné : « *Normalement par jour on a euh deux chirurgiens, un ou deux chirurgiens, qui tournent. Mais faut pas oublier que si on a la possibilité de faire tourner les autres, il faut le faire quand même* » (Infirmière de bloc). Finalement, les personnels sont contraints d'adapter l'organisation du bloc à l'avancement des programmes et aux différentes contraintes imposées par les chirurgiens : ils sont dès lors confrontés à une situation perturbée présentant qui plus est des incertitudes (comment réaffecter les salles selon l'avancement des programmes ?) dans laquelle la question des affectations de salles est mise en débat puisqu'elle revêt des enjeux cruciaux mais en même temps extrêmement antagonistes entre les acteurs (question du partage des ressources), nous l'avons mis en lumière ici.

**Encadré n°45 - Un exemple de changement dans l'organisation des rotations de salles
(Bloc orthopédie)**

En orientation. L'objectif de la coordinatrice est de parvenir à faire tourner tous les chirurgiens. Elle va donc s'organiser en s'appuyant sur le planning mural qu'elle a décroché. Munie d'un crayon de bois, elle note à droite de chaque opération le numéro de salle. Elle organise une première fois le programme de la journée, puis change cette organisation. Elle doit aussi faire selon la nature de l'opération car les salles ne sont pas toutes de même qualité : par exemple la table d'opération de la salle 1 est bancal.

L'action de l'infirmière-coordinatrice est alors déterminante. Celle-ci mobilise le programme opératoire papier comme un véritable outil de travail (annotation, rayure...),

on le voit dans cet extrait d'observation, afin d'arrêter une nouvelle affectation des espaces, adaptée à l'évolution de la situation globale du bloc orthopédie dont elle a pris connaissance : « *La coordinatrice est au centre du bloc. On a un téléphone et on assure le roulement des chirurgiens, la coordinatrice gère en fonction de l'avancée des programmes, le roulement des salles* » (Infirmière de bloc). Elle est dès lors, on le voit dans les propos de cette infirmière, reconnue par tous comme l'acteur-pivot de la gestion de ces changements, puisqu'elle est la seule à disposer de cette vision globale. Ainsi, dans la situation qui nous intéresse (encadré n°44 - étape 6), c'est elle qui sera amenée à arbitrer entre les intérêts des différents acteurs puis à prendre la décision finale sur cet aspect. Notons que l'infirmière qui s'exprime dans cet extrait d'entretien met aussitôt l'accent sur le principal outil mobilisé par la coordinatrice dans la gestion de ces perturbations : le téléphone.

**Encadré n°46 - Etape 7 : Résolution de la perturbation et des incertitudes
correspondantes (Bloc orthopédie)**

En orientation. Le coordinateur du soir arrive finalement à joindre le Dr Albert. Il lui demande si c'est possible de descendre la « reprise de cicatrice » maintenant. Il lui demande aussi si celle-ci est septique (cela va déterminer si elle peut être faite en début de programme, ou nécessairement en fin de programme). Non, lui répond le chirurgien. C'est décidé, il va faire d'abord la « reprise de cicatrice ». Le chirurgien lui dit de préparer la salle une, mais les autres infirmières qui écoutent attentivement derrière le coordinateur lui disent que non, la une est déjà prête pour un autre chirurgien. Donc en 5, décident les infirmières. « En espérant que votre aide soit libre entre temps », précise le coordinateur au médecin, pour l'informer de l'éventualité que son aide ne soit pas libre (et donc que le chirurgien s'y prépare).

Finalement, cet extrait d'observation dévoile les actions déployées pour réguler la perturbation et obtenir les informations manquantes. Il montre que la problématique soulevée dans ce cas n'est résolue qu'à travers la mobilisation du médecin, que l'équipe parvient à contacter à travers le téléphone (éloignement géographique et instantanéité de la réponse) et en assouplissant la règle formulée par l'organisation (sollicitation sur son téléphone personnel). En tant que source première d'information, le chirurgien est en effet capable de fournir à l'équipe les réponses aux indéterminations qui persistent depuis l'apparition du problème (l'intervention est-elle ou non septique ?), des informations que nul autre acteur de la chaîne ne semblait détenir ; en tant qu'ultime décideur, il donne son accord à la proposition que lui soumet l'équipe (procéder à des inversions de patients dans le programme, une proposition qui émerge d'une réflexion collective et d'un

arbitrage entre les intérêts de différentes parties-prenantes) - « *c'est décidé* » - et s'exprime aux personnels sur un mode prescriptif - « *le chirurgien lui dit de préparer la salle une* ».

En définitive, le passage d'une situation perturbée et indéterminée à une situation normale s'opère par la mobilisation du médecin. Toutefois, l'équipe conserve une capacité de décision sur certains aspects de l'organisation au bloc opératoire, et notamment ici sur la question de l'attribution des salles, n'hésitant pas à contredire la décision du médecin à ce sujet, mais justifiant tout de même cette injonction à travers la vision globale des différentes situations qu'elle possède - « *la une est déjà prête pour un autre chirurgien* » - , des informations dont ne dispose pas le praticien concerné. Par ailleurs, les médecins n'ont pas vocation à décider sur cet aspect de la répartition des salles : les jours de rotations des salles, nous l'avons vu, sont fixés au préalable pour chaque médecin, et une certaine marge de manœuvre est ensuite conférée au responsable et à son équipe dans l'attribution des salles au quotidien, dans le cadre défini au préalable, nous y reviendrons par la suite.

On voit également dans le cas étudié que la relation entre l'équipe et le médecin est pleine d'ambiguïté : l'équipe, lorsqu'elle s'adresse au médecin, alterne ainsi entre franchises directives - « *donc en cinq, décident les infirmières* » - et précautions employées, forces tacts et doigtés pour ne pas froisser le chirurgien dont l'appréciation compte plus que toute autre - « *en espérant que votre aide soit libre entre temps, précise le coordinateur au médecin, pour l'informer de l'éventualité que son aide ne soit pas libre (et donc que le chirurgien s'y prépare)* ».

1.2. Le cas du bloc cardiologie : des incertitudes d'ordre médical rapidement résolues

A l'instar de notre propos sur le bloc orthopédie, nous allons ici présenter la façon dont une situation perturbée est prise en charge par les acteurs de cardiologie depuis son apparition jusqu'à sa résolution.

1.2.1. L'apparition d'une première perturbation en phase de préparation

Encadré n° 47 - Etape 1 : Découverte d'une perturbation lors de la préparation de l'intervention, aussitôt résolue (Bloc cardiologie)

En salle d'intervention n° 1. 16h42. La patiente a été amenée en salle de réveil et l'ASH nettoie la salle d'opération tandis qu'une infirmière (Sabine) prépare le matériel pour l'intervention suivante. Le médecin de la salle 1 rédige son compte-rendu en salle de commande. (...) Les infirmières font entrer un nouveau patient en salle. (...) Une des

infirmières (Fabienne) crie à l'attention du médecin en salle de commande : « Monsieur Belloir, il est perfusé à gauche ! ». Le médecin lui répond : « Et bah je passe à droite ». Fabienne m'explique que pour ce médecin, il faut normalement perfuser à droite car il passe en « radiale gauche », mais là, les infirmières de soins ont perfusé à gauche. (...) Quelques minutes plus tard, le médecin s'énerve en salle de commande et ferme violemment la porte de communication avec la salle 1 car il n'arrive pas à se concentrer sur son compte-rendu en entendant les infirmières parler. Fabienne sort toutefois de la salle d'opération et l'interrompt pour lui demander confirmation : « on voulait être sûr de la voie ». Elle veut aussi savoir la taille de l'instrument qu'il mettra dans l'artère : « du 5 ? ». Il lui répond : « vous êtes chiante ! J'essaie de me concentrer ». (...) Le médecin part se laver les mains. Au moment où il quitte la salle de commande, Fabienne l'appelle. Il s'arrête. Elle se reprend : « Non c'est bon, je vous dirai après », et me glisse : « il va stresser plus, sinon ».

L'extrait précédent relate le passage d'une situation normale à une situation perturbée lors de l'étape de préparation de l'intervention. Au départ, on le voit, les acteurs se conforment strictement à la procédure instaurée : protocole de nettoyage de la salle par l'agent de service, préparation du matériel et de la salle par les infirmières puis installation du patient, rédaction du compte-rendu par le médecin. Mais les infirmières sont rapidement confrontées à ce qui constitue pour elles un événement au sens où la préparation du patient telle qu'elle a été réalisée dans les services ne leur permet pas de poursuivre l'installation du malade en salle d'opération conformément aux exigences du chirurgien. A travers ce premier constat, l'événement semble provenir d'une défaillance dans la procédure appliquée au niveau des soins. En réalité, la cause du dysfonctionnement est plus complexe : les infirmières des services n'ont pas perfusé le malade conformément aux souhaits de ce médecin en particulier, la défaillance observée au niveau du bloc opératoire ne provient donc pas nécessairement d'un écart aux protocoles mais davantage d'une méconnaissance des singularités de ce médecin : « *pour ce médecin, il faut normalement perfuser à droite car il passe en "radial gauche"* ». Chaque praticien impose en effet ses exigences en matière de préparation du patient, de la salle ou encore du matériel. Or, par nature, ces contraintes spécifiques à chaque médecin ne peuvent être enfermées dans des procédures, d'autant qu'elles évoluent constamment au fur et à mesure de la pratique : ces singularités ne sont donc pas écrites, « *on le sait par expérience, on connaît le médecin* » affirmait ainsi une infirmière du bloc cardiologie au cours de nos observations. Personnels et cadres de proximité soulignent dès lors les difficultés rencontrées par les soignants, et notamment par les remplaçantes ou les nouvelles infirmières, pour connaître et mémoriser chacune de ces spécificités. « *Alors la,*

la préparation spécifique aussi de certains patients, (...) certains médecins ne font pas tous pareil, (...), on a des protocoles, ils les ont tous signés normalement, donc nous on fait en fonction des protocoles. (...) Et des fois, ils râlent parce que c'est pas comme eux ils voudraient. (...) Parce qu'on n'a pas tout le temps les mêmes infirmières hein. On a aussi des infirmières qui font par... qui font tous les services de la clinique. (...) Qui sont au pool. Donc vous vous rendez compte si elles doivent connaître les habitudes de chaque médecin ? (...) C'est impossible ! » (Responsable d'un service de soins). La situation présentée ici renvoie également à un autre événement potentiel, la singularité cette fois du patient, qui rend difficile la normalisation de la prise en charge du malade dans son intégralité : la préparation de l'intervention dépend ainsi des caractéristiques du patient et finalement des décisions prises par le médecin à la suite de la consultation.

Ces deux types d'événements créent dès lors des incertitudes pour les infirmières qui y sont confrontées, sur le matériel à préparer (quelle taille) et sur la procédure à déployer (comment installer le patient : la voie (fémorale ou radiale) et le côté impactent l'installation de la salle. Par exemple, si le médecin passe par voie radiale, les infirmières doivent installer un plateau sur lequel reposera le bras du patient, selon le côté choisi par le chirurgien).

Contrairement au bloc orthopédie, les indéterminations sont ici rapidement résolues : à la découverte de la perturbation, et des incertitudes conséquentes, les infirmières sollicitent aussitôt le chirurgien concerné en l'informant de l'évolution de la situation (passage d'un statut normal à un statut perturbé) afin qu'il prenne une décision - « *il est perfusé à gauche !* » (...) « *Et bah je passe à droite* ». Il faut noter, dans ce cas, le pouvoir de prescription du médecin qui, seul, prend la décision finale au regard du tableau dépeint par l'infirmière.

L'espace central de travail s'établit alors comme un véritable soutien à la régulation de cette perturbation puisque, nous l'avons vu, il favorise l'établissement de contact entre les médecins et les infirmières :

- Concernant l'agencement de l'espace, sa situation (un espace attenant aux salles d'opérations) facilite la circulation entre ces deux lieux ; doté de larges vitres donnant sur les salles d'intervention, il permet aux infirmières de localiser visuellement le médecin (est-il ou non en salle de commande ?).
- Véritable espace commun de travail pour les infirmières comme les médecins qui sont amenés à y travailler lorsqu'ils doivent mobiliser certains outils, il rend plus aisée la sollicitation du chirurgien concerné par la perturbation puisque les

infirmières entrent et sortent constamment de ce lieu, à la différence du bloc orthopédie où les praticiens rédigent leur compte-rendu au sein d'un bureau spécifique dans lequel les infirmières entrent peu.

Du fait de ces caractéristiques, nous l'avons vu en situation normale, des liens interpersonnels s'établissent en cardiologie entre médecins et infirmières, des liens plus profonds qu'au bloc orthopédie. Ce lieu est appréhendé comme un espace supplémentaire aux salles d'intervention dans lequel les infirmières peuvent échanger avec le médecin, et les conversations se déploient dans un contexte différent, loin des tensions potentielles liées à la réalisation d'un acte chirurgical. Ainsi, la sollicitation du médecin est rendue plus aisée au bloc cardiologie, elle est moins coûteuse moralement (la tension psychologique due à la sollicitation de cette « figure noble » se réduit) et physiquement (le temps consacré à joindre le chirurgien est très succinct) pour les soignants.

La seconde partie du cas que nous relatons ici met toutefois en évidence, à l'instar des éléments évoqués au bloc orthopédie, l'existence de conflits de situations, ces dernières venant se télescoper au sein de l'espace central. Ces tensions vont se matérialiser par des mots et des gestes forts au bloc cardiologie - « *vous êtes chiante* » ; « *le médecin (...) ferme violemment la porte de communication avec la salle 1* ». Mais si ces conflits proviennent en orthopédie de l'existence de divergences d'intérêts entre les différentes situations qui se rencontrent au sein de l'espace central, ils s'expliquent davantage en cardiologie par le fait que les situations qui se rencontrent présentent des caractéristiques très différentes :

- *Caractère événementiel* de la situation : l'infirmière est ici impliquée dans une situation perturbée tandis que le travail du chirurgien s'inscrit dans une situation dite « normale ».
- *Degré d'incertitude* de la situation : le travail que le praticien exerce est dès lors tourné vers le respect de la règle tandis que l'infirmière se trouve en situation incertaine, dans l'impossibilité de se conformer à la procédure de préparation de l'intervention. Elle est à la recherche de réponses pour ramener la situation perturbée au plus près de la situation normale. Ces deux catégories d'acteurs n'ont dès lors pas les mêmes besoins. On l'a vu, en situation normale, les échanges langagiers sont faibles. Dans cette lignée, le médecin a ici besoin de calme pour réaliser le travail qui l'occupe : d'une part, il a besoin de se concentrer puisqu'il s'adresse à un pair (cardiologue de ville qui a adressé le patient au médecin) dans le compte-rendu et le courrier qu'il élabore ; d'autre

part, il a besoin de silence du fait des outils qu'il utilise car, pour des raisons d'efficacité, il dicte son compte-rendu directement sur l'ordinateur. Au contraire, l'infirmière a besoin de communiquer pour obtenir des informations complémentaires, adaptées à l'évolution de la situation ; face aux perturbations rencontrées, elle a également besoin d'échanger avec sa collègue en salle afin de se coordonner (la procédure et les routines de fonctionnement ne suffisent plus).

- *Caractéristiques de l'activité déployée dans la situation:*
 - *Trajectoires de patients* : les actions dans lesquelles sont engagés nos deux protagonistes ne concernent pas les mêmes patients. Ainsi, l'infirmière focalise son attention sur une nouvelle trajectoire de malade tandis que le chirurgien œuvre toujours sur l'ancienne trajectoire prise en charge dans son programme.
 - *Étapes dans la prise en charge* : les actions du médecin et de l'infirmière ne se situent pas sur la même étape de la prise en charge. Le praticien, en rédigeant un compte-rendu, exécute la dernière étape prise en charge au bloc opératoire sur chaque trajectoire de malade ; au contraire, l'étape de préparation de l'intervention sur laquelle travaille l'infirmière concerne le début de la prise en charge du patient au bloc opératoire.
- *Temporalité de la situation* : par rapport à l'étape centrale de prise en charge au bloc opératoire - l'intervention proprement dite -, le travail du praticien est donc tourné vers le passé (le patient a déjà été pris en charge) tandis que les actions de l'infirmières s'orientent vers le futur (le patient n'a pas encore été pris en charge).

En orthopédie, ces conflits de situation, rappelons-le, impliquaient un arbitrage et des négociations importantes entre les acteurs dans le processus de prise de décision. Ici, les conflits de situations émanent des caractéristiques fondamentalement différentes des situations qui se heurtent dans cet espace : chacun éprouve dès lors des difficultés à entendre et à comprendre les problématiques rencontrées par les autres acteurs. Par conséquent, les formes que prennent les communications diffèrent fortement entre les deux blocs : en cardiologie, les échanges ne présentent pas la même richesse qu'en orthopédie (élaboration de propositions suite à une négociation), ils se caractérisent par un schéma simple - remontée d'information/décision transmise sur un mode prescriptif. En revanche, des confrontations ou des conflits ouverts éclatent fréquemment entre les acteurs parties-prenantes de ces communications. Les soignants sont dès lors habitués à ces altercations qui se déroulent au quotidien (véritables savoirs sous-jacents qu'ils

gardent en tête lors de ces échanges). Ils ont ainsi développé des stratégies informelles destinées à soulager et limiter ces situations conflictuelles - « *je vous dirai après* », (...) « *il va stresser plus, sinon* ». Comme au bloc orthopédie, la relation soignants-médecins est extrêmement ambivalente, d'autant plus que dans le cas étudié, l'infirmière concernée s'adresse à un chirurgien également membre du Directoire : il faut à la fois s'imposer auprès du praticien pour obtenir les informations nécessaires mais en même temps faire preuve de tact et de délicatesse afin de limiter ces confrontations et s'assurer qu'on pourra de nouveau le solliciter en cas de besoin.

1.2.2. Une situation fragilisée : la survenue d'une nouvelle perturbation au cours de l'intervention

Encadré n° 48 - Etape 2 : Nouvelle perturbation lors de l'intervention, aussitôt résolue (Bloc cardiologie)

En salle d'intervention n°1. Fabienne revient en salle 1 : elle avait prévenu Sabine qu'elle partait « se laver » (les mains : procédure pour le poste d'aide-opérateur). Sabine, la panseuse, l'aide à s'habiller. Le médecin entre en salle 1. Sabine l'aide à s'habiller. Ça s'agite en salle, tout s'accélère soudain pour commencer l'opération au plus vite (c'est la dernière opération dans cette salle). La panseuse tend le sachet (contenant l'introducteur de la taille spécifiée par le praticien précédemment) ouvert à Fabienne, l'aide-opérateur qui le retire sans toucher le sachet (afin de rester stérile). Le médecin demande du matériel en salle, c'est un vrai ballet : la panseuse prend le matériel demandé (elle sera amenée plusieurs fois au cours de l'opération à faire le tour de la table d'opération pour aller chercher du matériel dans l'armoire située de l'autre côté de la salle : il y a plusieurs armoires dispersées dans la salle 1), elle ouvre le sachet, le dépose sur la table sans toucher le matériel (elle retourne le sachet ou la boîte sur la table) ou le tend à l'aide-opérateur qui s'en saisit (la table et les gants de l'aide-opérateur sont stériles) et qui le donne à son tour au chirurgien. « Passez-moi mes lunettes » (pour se protéger des rayons) dit-il d'un ton autoritaire à la panseuse. Sabine entre en salle de commande pour prendre les lunettes. « Il s'excite » me confie-t-elle. Elle m'explique ainsi qu'il y a un problème en salle, le praticien a demandé un introducteur « 5F » (taille de l'introducteur) mais il ne passe pas dans le vaisseau du patient, il demande maintenant un calibre plus petit, un « 4F », pour pouvoir « faire la voie » m'explique-t-elle. La panseuse ouvre la grande porte de la salle 1 et attrape l'introducteur demandé par le praticien (« 4F »), dans le couloir, à l'entrée de la salle (sur l'étagère).

Au bloc cardiologie, les situations perturbées et incertaines sont très vite ramenées à la situation normale, comme le révèle cet extrait. Suite à l'événement survenu lors de la première étape, l'intervention débute ici conformément à la procédure, et sans que la moindre incertitude ne subsiste : l'opération se déroule donc comme un véritable « *ballet* » dans lequel chacun tient scrupuleusement le rôle qui lui a été confié. Les échanges sont rares et se déroulent sur un mode prescriptif du médecin vers les soignants, conformément à la typologie que nous avons établie en situation dite « normale ». La logique sous-jacente qui prime ici est celle de l'efficacité - « *Tout s'accélère soudain* » -, à l'instar de nos remarques précédentes.

Toutefois, l'extrait proposé montre que les situations sont fragilisées lorsqu'elles ont connu des perturbations, et ses protagonistes sont ainsi fréquemment confrontés à de nouvelles difficultés et à de nouvelles incertitudes à résoudre. Ici, le matériel choisi par le médecin n'est pas compatible avec les caractéristiques spécifiques du patient (la taille des vaisseaux) et l'équipe se trouve donc dans l'impossibilité de poursuivre l'intervention conformément au dispositif mis en place. Cette nouvelle perturbation nécessite d'adopter d'autres décisions. Celles-ci vont être prises par le médecin et transmises sur un mode prescriptif - « *dit-il d'un ton autoritaire* » ; « *il demande maintenant un calibre plus petit* ».

Dans le cas étudié, les différents espaces attenants à la salle d'intervention jouent un rôle essentiel dans la régulation des perturbations rencontrées. La conception des espaces, et ici la manière dont ils ont été agencés et outillés est véritablement déterminante : d'une part, l'espace central de travail est contigu à la salle d'opération et dispose, nous l'avons vu, d'une porte de communication par laquelle les personnels peuvent passer, même lorsque l'intervention a commencé (les contraintes d'hygiène ne sont pas les mêmes entre le bloc orthopédie et le bloc cardiologie), permettant de circuler aisément et rapidement d'une pièce à une autre ; d'autre part, une partie des matériels nécessaires aux examens sont stockés dans le couloir, à la sortie de la salle, afin de gagner du temps conformément à la logique d'efficacité et d'optimisation des déplacements mise en évidence en situation normale.

1.2.3. Apparition d'une troisième perturbation à l'issue de l'opération

Encadré n° 49 - Etape 3 : Nouvelle perturbation à la fin de l'intervention, aussitôt résolue (Bloc cardiologie)

En salle d'intervention n°1. 17h40. En salle 1, l'opération est terminée. Le médecin regarde la vidéo de l'examen. Les infirmières transfèrent le patient, elles lui demandent

de bien rester sur le dos, elles se complètent dans les explications qu'elles vont fournir au patient. Une des infirmières sort de la salle et s'adresse à l'anesthésiste dans la salle de commande : « M. Morice, il vomit notre patient ». L'autre infirmière a apporté un bac aussitôt que le patient lui a dit qu'il avait des nausées et le patient est effectivement en train de vomir dans ce bac. L'anesthésiste entre en salle et l'ausculte (principalement au niveau de la tête). Une des infirmières demande au patient : « Vous étiez bien à jeun Monsieur ? ». Le patient : « Oui, oui ». Cherchant une explication, elle lui dit : « Vous ne supportez peut-être pas bien les drogues, je ne sais pas ». L'anesthésiste étant dans la salle, il aide l'infirmière à pousser le brancard jusqu'en salle de réveil. Le patient ne vomit plus.

Cet extrait doit nous amener aux mêmes conclusions que celles établies précédemment. La situation est redevenue « normale » et chacun vaque à ses occupations conformément à la procédure : le médecin travaille sur son compte-rendu tandis que les infirmières préparent le transfert du patient en salle de réveil et se complètent dans les tâches ainsi effectuées. Mais la situation est bel et bien fragilisée et voit surgir une nouvelle perturbation, liée à la procédure. Les infirmières qui y sont confrontées sollicitent aussitôt le médecin concerné par l'événement (l'anesthésiste et non le chirurgien) et déploient en parallèle une première action de régulation - « *L'autre infirmière a apporté un bac* ».

La résolution du problème est immédiate du fait de la proximité du médecin-anesthésiste, posté dans l'espace central, et que les infirmières localisent aussitôt grâce aux vitres qui séparent ces deux salles. Les deux espaces étant adjacents, le médecin peut instantanément se rendre en salle d'intervention pour agir.

L'anesthésiste est ici sollicité par les infirmières car celles-ci l'ont identifié comme étant l'acteur qui possède la connaissance et le savoir-faire nécessaire à la résolution du problème : c'est ainsi lui qui auscultera le patient. Les perturbations en cardiologie pour lesquelles il n'existe pas de réponses organisationnelles formellement établies concernant en effet des problématiques d'ordre médical (procédures et matériel) davantage qu'organisationnel (questions de temporalités, d'affectation des salles ou des personnels par exemple, à l'instar du cas présenté en orthopédie), on le voit à travers ces extraits. De ce fait, la résolution de ces événements nécessite un savoir sous-jacent avant tout médical dont les soignants ne disposent pas et qui les conduit dès lors à devoir aussitôt solliciter le médecin. Dans cet esprit, de nombreux acteurs, issus de toutes les unités du plateau technique, mettaient en évidence la présence rassurante des médecins au bloc opératoire : « *Nous, au bloc, on est bien loti, on aura toujours un anesthésiste ou un chirurgien en cas de problèmes* » (Infirmière de bloc) ; « *Le médecin qu'est là, l'anesthésiste, si le*

patient a mal, on met tout de suite en place quelque chose pour le soulager » (Infirmière de salle de réveil).

Enfin, l'extrait présenté ici montre que les infirmières, si elles ne sont pas forces de propositions à la différence du bloc cardiologie, émettent toutefois des suppositions, des suggestions tirées des connaissances sous-jacentes qu'elles possèdent à leur niveau et visant à expliquer la source du problème. Elles cherchent par là à rattacher cette situation perturbée incertaine à une situation perturbée routinière dans laquelle elles connaissent la procédure à suivre - « *Vous étiez bien à jeun Monsieur ?* », puis, parce que cet élément d'explication ne fonctionne pas, « *Vous ne supportez peut-être pas bien les drogues ?* » : dans ce cas, elles connaissent la démarche à suivre (il n'y a rien d'autres à faire qu'attendre que ça se passe).

1.2.4. Emergence d'une dernière perturbation en salle de réveil

Encadré n° 50 - Etape 4 : Nouvelle perturbation en salle de réveil, aussitôt résolue (Bloc cardiologie)

En salle de réveil. L'infirmière (Sabine) transmet les informations à l'infirmière de salle de réveil. Elle présente le patient, ses antécédents, et donne des informations sur le déroulement de l'examen : « On n'a pas pu tout voir parce qu'on a eu des difficultés à mettre la sonde » (pour que le matériel passe dans le vaisseau). C'est en voulant illustrer ses propos à l'infirmière de SSPI (elle veut montrer la radiale) qu'elle se rend compte qu'il y a un problème, un hématome. Je l'interroge sur les raisons qui ont conduites à la formation d'un hématome, elle me répond : « Est-ce que la compression a été mal faite ou l'hématome est dû à la difficulté de passer la sonde ? Je ne sais pas ! ». La mesure de prévention, dans ce cas, c'est refaire le pansement, m'explique-t-elle, mais elle voudrait aussi avoir l'avis du médecin : faut-il ou non refaire la compression ?

17h44. Sabine revient ainsi en salle de commande. Elle s'adresse au médecin qui fait son compte-rendu : « Monsieur Belloir, vous pouvez venir jeter un œil à la radiale, j'ai l'impression que ça gonfle ? ». Le médecin râle mais il se lève et va voir en salle de réveil, l'infirmière sur ses talons. Il lui dit : « Bah, il va falloir refaire le pansement ». Sabine lui répond : « Je vais chercher ce qu'il faut ». Elle va chercher du matériel dans la salle d'opération et dans le sas SSPI. En repassant devant la salle de commande, elle demande au médecin : « Je le fais avec Flora [*une infirmière qui est affectée à la salle 3 sur laquelle il n'y a pas de programme cet après-midi*] ou vous le faites avec moi ? ». Le médecin lui répond : « Avec Flora ». Elle retourne en salle de réveil, et refait le pansement. (...) Sabine retourne en salle de commande et s'adresse au médecin : «

Monsieur Belloir, vous pourrez passer vérifier [le patient] avant de partir ? C'est mieux quand même ! ». Le médecin râle à nouveau mais on comprend qu'il ira (sans qu'il ne réponde clairement à la question).

La situation est ici revenue à la normale : l'extrait relate la transmission opérée entre l'infirmière de bloc et celle de la salle de réveil, au cours de laquelle les problèmes rencontrés lors de l'intervention sont relatés. Mais la situation qui nous intéresse étant très fragilisée du fait des perturbations antérieures, un autre événement surgit, de nouveau lié à la procédure : l'apparition d'un hématome. Ici, une réponse organisationnelle semble se dégager de ce type de problème puisqu'une procédure a été déployée - « *La mesure de prévention, dans ce cas, c'est refaire le pansement* » - mais certaines incertitudes subsistent pour autant : l'infirmière ne sait pas si elle doit refaire le protocole visant à limiter la formation d'un hématome, à savoir la « *compression* » (c'est-à-dire « *faire diffuser l'hématome pour qu'il ne forme pas une boule* » (Infirmière de bloc)). L'hématome est en effet identifié au bloc cardiologie comme « *le risque majeur* » (Infirmière de bloc) de l'examen qui a été réalisé ici, une coronarographie par voie radiale. Il constitue dès lors un événement habituel, quasi-routinier dans le quotidien des soignants, et les mesures à prendre ont été clairement définies. Malgré cela, cette perturbation n'est pas anodine : « *En cas de formation d'une boule, c'est très, très douloureux pour le patient, et c'est dangereux car ça peut conduire à une rupture d'anévrisme* » (Infirmière de bloc). De fait, la procédure telle qu'elle est établie est considérée avec précaution par les soignants et des indéterminations demeurent selon les caractéristiques du patient (difficulté à passer la sonde) et la manière dont s'est déroulée l'intervention (et notamment la façon dont a été réalisée la compression).

La perturbation est néanmoins rapidement résolue, à l'instar des problèmes précédents, en faisant appel au médecin pour qu'il prenne une décision et en s'appuyant sur la connaissance des protocoles à déployer face à ce type d'événement (procédure à suivre pour refaire le pansement) en complément des prescriptions médicales. La proximité des différents espaces (salle de réveil et bloc opératoire, et au sein du bloc opératoire, l'espace central) et la présence des médecins en salle de commande constituent un soutien important à la régulation de l'événement et des incertitudes résiduelles.

Par ailleurs, l'infirmière est ici force de proposition - elle suggère de refaire le pansement avec une autre infirmière - par rapport à des aspects sur lesquels elle conserve une certaine maîtrise (l'organisation des tâches) et sur lesquels elle dispose d'informations particulières (connaissances organisationnelles sous-jacentes) : elle sait ainsi qu'une

infirmière de l'équipe du soir est disponible pour aider les soignants qui en font la demande (il n'y a pas de programme de prévu sur la salle à laquelle elle est affectée). Si le médecin a un pouvoir de prescription incontestable dans la situation perturbée que nous relatons ici, il faut néanmoins souligner le rôle de l'infirmière qui, à travers les informations transmises et la manière dont elle les communique - « *c'est mieux quand même* »-, à travers les suppositions voire les éventuelles propositions émises, oriente le comportement du médecin vers les préoccupations qui sont les siennes, à savoir, dans l'exemple présenté, la sécurité du patient (le médecin ne serait pas retourné faire un contrôle sans l'injonction de l'infirmière). Là encore, la façon dont l'infirmière s'adresse au médecin oscille entre complaisance et ferme assurance.

Enfin, l'extrait présenté met de nouveau en évidence l'existence de conflits de situations qui s'expriment à travers des actes de refus (le médecin ne refera pas le pansement avec l'infirmière et il ne répond pas clairement aux sollicitations de celle-ci) voire des altercations verbales (le médecin « *rôle* » à deux reprises). A nouveau, les situations dans lesquelles sont impliqués les acteurs présentent des caractéristiques différentes puisque dans le cas étudié, l'infirmière perturbe le praticien, engagé dans une situation normale, en le sollicitant sur une situation perturbée dans laquelle subsistent des indéterminations. En revanche, à la différence des confrontations observées lors de la première étape, les deux situations qui entrent en tension concernent la même trajectoire de patient : le concept de situation fournit donc un éclairage intéressant puisqu'il permet ici de comprendre et d'expliquer l'état de tension sous-jacent lors de la rencontre de deux situations pourtant tournées vers la même trajectoire de patient.

*

On observe finalement des différences importantes entre les deux blocs opératoires étudiés dans l'agencement organisationnel qui se construit en situation perturbée : ces différences tiennent notamment à la nature des perturbations gérées dans ces situations. Ainsi, le bloc cardiologie est surtout concerné par des perturbations d'ordre médical qui exigent de faire aussitôt appel au médecin (caractère d'urgence de la situation) tandis que le bloc orthopédie est confronté à de nombreuses perturbations d'ordre organisationnel au regard de la complexité de la trame organisationnelle en place en son sein (système de rotation de salles, présence ou non d'une seconde aide-opératoire...).

D'une façon générale toutefois, on observe que l'apparition d'une perturbation appelle à prendre une décision et implique dès lors une coordination importante entre les acteurs. Il s'agit de communiquer (échanges dits de « *médiation* ») pour obtenir une vision

d'ensemble du phénomène avant de solliciter le médecin qui sera le seul à même de prendre la décision au sein des deux blocs opératoires (décision sur un mode prescriptif) : les acteurs sont toutefois forces de propositions auprès du médecin, particulièrement au bloc orthopédie ; l'élaboration de propositions appellera ici à la réalisation d'arbitrages. On a mis en évidence dans ces deux blocs opératoires le rôle joué par l'espace central de travail comme centre de regroupement des acteurs et lieu d'intersection des différentes situations. Le téléphone est largement utilisé en situation perturbée, notamment au bloc orthopédie, pour obtenir rapidement des informations (en cardiologie, l'espace de travail étant plus réduit, l'interaction en face à face est souvent substituée aux appels téléphoniques). En outre, les règles comme les outils sont adaptés (flexibilité, dimension d'alerte des outils mobilisés dans une perspective dite de « médiation ») et les acteurs les mobilisent fréquemment dans l'optique de légitimer leurs actes. C'est à nouveau particulièrement le cas en orthopédie. Enfin, nos résultats mettent en exergue l'existence de nombreux conflits en situation perturbée, en orthopédie comme en cardiologie, et qui tiennent à des caractéristiques, des contraintes ou des intérêts potentiellement divergents entre les situations de gestion.

2. LES SITUATIONS PERTURBÉES « ROUTINIÈRES » : DES RÉPONSES ORGANISATIONNELLES PROPOSÉES FACE A L'ÉVÉNEMENT

« Ça c'est prévu, (...) C'est-à-dire que nous, on sait qu'on travaille avec ces changements là donc on a déjà prévu ces règles, même de changement. (...) Ces changements ont été aussi prévus. Puisqu'on sait que ça peut arriver. (...) Nous, notre, la règle c'est pas de dire que c'est figé hein, c'est ça qu'il faut bien comprendre, c'est prévoir tous les cas qui peuvent se produire. C'est pas pareil » (Responsable ordonnancement). Les propos de ce responsable montrent bien que des réponses organisationnelles ont été déployées pour soutenir les acteurs dans la gestion des perturbations, des changements par rapport au programme opératoire préétabli. Dans cette section, nous nous proposons ainsi de décrire les dispositifs mis en œuvre par l'organisation pour gérer les perturbations récurrentes ou routinières et limiter les incertitudes qui les accompagnent bien souvent (2.1). Nous montrerons toutefois que ces dispositions rencontrent certaines difficultés dans leur application, notamment du fait du comportement des médecins qui ne respectent pas toujours les mesures qui ont été prises. Face à ce constat, le management s'évertue surtout à empêcher la survenue des perturbations : plusieurs dispositifs sont ainsi mis en œuvre pour maintenir l'activité dans la situation dite « normale » et constituent en eux-mêmes une source de perturbation importante pour les acteurs du bloc opératoire (2.2).

2.1. Des réponses organisationnelles prévues en situations perturbées

Certaines mesures ont été prises par l'organisation pour limiter le nombre de situations perturbées dans lesquelles les acteurs ne disposent pas de l'ensemble des informations nécessaires à la résolution du problème. Dans cette perspective, le management s'attache en premier lieu à réduire les incertitudes. Or, les incertitudes qui subsistent dans les situations perturbées auxquelles nous venons de nous intéresser proviennent :

- à la fois d'un manque d'informations, notamment de celles détenues par les médecins et que les équipes peinent parfois à obtenir (limites de la logique d'intermédiation) ;
- mais également de l'impossibilité pour les équipes de prendre des décisions puisqu'elles ne disposent pas du savoir médical nécessaire ou parce qu'elles n'ont pas autorité¹³⁹ à le faire.

C'est sur ces deux dimensions que le management tente d'agir simultanément : il s'agit d'une part, de donner ou redonner aux équipes et aux responsables des marges de manœuvre dans la prise de décisions, et d'autre part, de faciliter le partage d'informations sur les évolutions de la situation.

En second lieu, des dispositifs ont été déployés pour prendre en charge les perturbations qui reviennent constamment dans la vie de l'organisation.

2.1.1. Donner des marges de manœuvre aux équipes pour réduire l'incertitude

Encadré n° 51 - Les marges de manœuvre dont dispose le management au sein de la clinique (Bloc orthopédie)

Dans le bureau du responsable. Au cours de mes observations, je questionne le responsable de proximité sur les marges de manœuvre, le contrôle qu'il peut avoir sur le comportement des chirurgiens. Il me répond : « Sur l'occupation des salles, les médecins me laissent faire : un gros enjeu concerne la rotation des salles. Il y a quelques années, on leur a attribué des jours. Ça fonctionne à peu près, mais quand ils sont censés tourner et qu'ils ne tournent pas, alors là, ce n'est pas envisageable pour eux, ils s'énervent, ne comprennent pas. Sur le matériel, ils font ce qu'ils veulent, c'est normal, mais je peux parfois influencer (...). Sur le personnel, s'il y a des conflits entre un chirurgien et le personnel, je vais chercher pourquoi il y a des conflits. Si c'est une erreur du personnel, j'interviendrai pas forcément car le chirurgien peut avoir des raisons, mais c'est rare,

¹³⁹ Nous employons ici sciemment la notion d'autorité et non celle de pouvoir puisque nous nous intéressons aux responsabilités et aux latitudes qui sont formellement conférées aux acteurs dans l'organisation.

(...) mais par contre, et ça, ça arrive très souvent, si le chirurgien s'en prend au personnel pour des problèmes d'organisation [*par exemple, il pensait tourner et ne tourne pas, ou alors le personnel a procédé à des inversions dans l'ordre des patients*], j'interviens. Souvent, c'est eux qui ont le dernier mot, mais au moins j'ai défendu mon équipe. (...) Des fois je peux avoir l'effectif pour tourner, mais des fois ils manquent de personnels [*des panseurs*] dans d'autres blocs. Du coup, j'ai envoyé du personnel dans d'autres blocs donc ils ne peuvent plus tourner. Ils râlent mais c'est comme ça, c'est moi qui décide, c'est mathématique : la règle c'est qu'un panseur en salle a la priorité sur du « plus » pour faire tourner les chirurgiens ».

On le voit dans cet extrait d'entretien en situation, le responsable de proximité ici interrogé opère une distinction entre les aspects sur lesquels il possède des marges de manœuvre face aux chirurgiens (la gestion des espaces et des personnels) - « *les médecins me laissent faire* » - et les domaines sur lesquels il n'a pas de pouvoir de décision : ici, le matériel, mais aussi, la procédure ou le patient. En effet, des procédures pour limiter le pouvoir des médecins sur des questions organisationnelles, et ainsi pour donner ou redonner au manager et aux membres de son équipe des marges de manœuvre sur ces aspects, ont été mises en place.

a. Donner des marges de manœuvre aux équipes sur la gestion du personnel

En premier lieu, certaines procédures visent à rétablir le pouvoir de décision du management et de son équipe sur des perturbations affectant l'organisation présente du bloc opératoire. Il en est ainsi des événements attenants aux personnels sur lesquels les médecins n'ont formellement pas voix au chapitre.

Encadré n°52 - Les marges de manœuvre dont dispose le management sur les perturbations attenantes au personnel (Bloc orthopédie)

Situation 1. En orientation. Le responsable de proximité informe les personnes présentes qu'il faudrait que Lisa, une infirmière au bloc orthopédie, aille aider au bloc digestif le lendemain jusqu'à 9h30, car ce bloc est en sous-effectif. Entre les blocs, ils se prêtent ainsi du personnel pour pallier au sous-effectif. Lisa a fait du digestif quelques années, elle aime bien. Du coup, elle va de temps en temps donner un coup de main au bloc digestif.

Situation 2. Dans le bureau de la responsable. La responsable du bloc orthopédie reçoit un appel du responsable du bloc stomatologie-ORL : il lui apprend qu'une de ses infirmières ne vient pas, elle est malade (...). Il lui demande si elle a du « plus » pour

remplacer la personne absente dans son bloc. Elle a juste un « plus » mais qui sert pour le roulement (pour les chirurgiens qui tournent), lui répond-elle.

Au regard de ces extraits d'observation, la gestion des perturbations liées au personnel semble mutualisée entre les blocs opératoires : les unités manifestent une certaine solidarité vis-à-vis des autres blocs, chacune pouvant potentiellement se trouver à un moment ou à un autre confrontée à ce type de problèmes. Ainsi, dans la première situation, il est convenu entre deux responsables de proximité qu'une infirmière d'orthopédie, en « *plus* » cette semaine, ira momentanément travailler en digestif pour pallier au sous-effectif de ce bloc. Un principe régent en effet les décisions du management en matière de gestion du personnel, comme l'indique le responsable de proximité dans l'extrait d'entretien en situation présenté précédemment : les enjeux en matière de sécurité du patient doivent supplanter les enjeux économiques et le poste de panseuse prime donc sur le poste d'infirmière en « *plus* ». Dès lors, si certains blocs se retrouvent en sous-effectif à tel point qu'ils manquent de panseuses en salles d'intervention, des « *prêts* » d'infirmières peuvent être envisagés, comme dans l'extrait précédent. La décision, on le voit, est prise par le cadre de proximité, parfois en désaccord avec les médecins mécontents de ne plus avoir la possibilité de tourner entre deux salles alors qu'ils étaient pour certains formellement autorisés à le faire sur cette journée opératoire. Et de fait, les conflits d'intérêts qui éclatent entre médecins et managers de proximité dans ces situations peuvent dissuader les responsables d'appliquer cette règle prioritaire : dans la seconde situation, la responsable de proximité du bloc orthopédie (aujourd'hui ancienne responsable puisque nous avons assisté à un changement de manager sur ce poste sur la période de nos observations) refuse de « *prêter* » à un autre bloc une infirmière pourtant en « *plus* » en orthopédie, préférant maintenir ce poste afin de faire tourner les chirurgiens. L'autorité formellement octroyée au management face aux médecins sur la gestion des événements liés au personnel (avec l'existence d'une règle de fonctionnement sous-jacente pouvant mettre le responsable en porte-à-faux avec les praticiens) est donc potentiellement mise en péril : dans les faits, le responsable de proximité ne se sent pas toujours disposer d'une entière liberté pour prendre des décisions sur ces questions, du fait de la pression qu'exercent les chirurgiens.

b. Donner des marges de manœuvre aux équipes sur la gestion de l'espace

Une autre dimension sur laquelle les équipes disposent formellement d'un pouvoir de décision concerne la gestion des espaces. Mais on le voit d'emblée à travers l'entretien en situation commenté précédemment, ces marges de manœuvre ne sont pas toujours effectives.

Encadré n° 53 - L'autorité de la coordinatrice reconnue par tous dans la gestion des espaces (Bloc orthopédie)

Situation 1. Dans le couloir du bloc opératoire. La panseuse de la salle 6 demande à la coordinatrice si elle commence à fermer la salle. « Tu la gardes parce qu'on va en avoir besoin pour M. Albert, donc tu la fermes pas ! Je vais aller voir les filles pour leur dire qu'elles peuvent aller faire la 6 ». Elle va voir les ASH, actuellement en salle 3, et leur dit qu'il faut qu'elles aillent faire la 6 en priorité.

Situation 2. Dans le couloir du bloc opératoire. Un médecin interpelle la coordinatrice et lui demande : « Je suis où ? » [*pour sa prochaine intervention*] ? Elle lui répond aussitôt : « Vous êtes en 2 ». « D'accord » lui répond le médecin. Il se dirige vers sa salle.

Nous l'avons vu, le système de rotation de salles mis en place par l'organisation est un facteur de perturbation important au sein du bloc orthopédie. Revêtant des enjeux cruciaux pour les différentes équipes en salle, il donne lieu à d'importantes négociations entre les personnels. Sur cet aspect, comme nous l'avons mis en évidence, la coordinatrice joue un rôle central, puisque c'est elle qui prend la décision finale, éventuellement amenée à arbitrer entre les différents intérêts des acteurs impliqués. Une fois ces décisions arrêtées, la situation perturbée ne présente plus d'incertitudes. Il faut en revanche communiquer ce nouveau cadre organisationnel aux acteurs. La coordinatrice dispose sur cet aspect d'une autorité reconnue par tous, on le voit dans les deux situations précédentes, où panseuses, agents de services hospitaliers mais aussi médecins, se conforment aux prescriptions formulées par cette infirmière. Les transmissions s'opèrent alors en face à face, dans le couloir du bloc opératoire, parfois à la faveur d'un croisement (situation 2) ou à travers la sollicitation volontaire d'un acteur (situation 1) et souvent soutenues par des dispositifs qui favorisent la coordination directe entre les acteurs (vitres, trappes...).

Les marges de manœuvre dont disposent les équipes sur cette question des affectations de salles proviennent notamment d'une procédure particulière dont nous avons au préalable fait état : les vacations au cours desquelles les chirurgiens ont la possibilité de tourner sont prédéterminées et les médecins n'ont ainsi pas voix au chapitre sur ce sujet. Dès lors, tant que les décisions prises par l'équipe pour adapter l'organisation du bloc à la réalité des faits sont conformes au planning des rotations établi, les médecins ne peuvent s'y opposer. Régulant les rapports entre l'équipe et les médecins, cette procédure constitue pour les acteurs un réel soutien dans la gestion de ces réorganisations.

Encadré n°54 - Jouer sur les marges de manœuvre dont on dispose pour réguler des événements de nature diverse (Bloc orthopédie)

Dans le bureau du responsable. L'infirmière de caddies, Agathe, entre dans le bureau pour aller chercher un caddie.

Responsable de proximité : « Le prêt LCP, tu croyais qu'il allait arriver dans tes armoires demain... Il est pas arrivé ! »

Agathe (bouche bée et catastrophée) : « Ah ! »

Responsable de proximité : « Ouais, moi aussi j'ai fait ça... »

Agathe : « J'ai eu M. Siloret pour demain (...). Je lui ai dit qu'il devait être arrivé. (...) C'est pour quelle heure ? ».

Responsable de proximité : « 15H »

Agathe : « Du coup, on ne fait pas tourner ? »

Responsable de proximité : « Bah non ! ». Il ne faut pas que le chirurgien avance trop vite dans son programme sinon il se rendra compte que le matériel n'est pas arrivé à temps...

Cet extrait d'observation relate un événement sur lequel les acteurs n'ont pas de marge de manœuvre propre : l'ancillaire demandé par un chirurgien pour une procédure particulière n'est pas arrivé, sans que les acteurs ne puissent agir sur cette question du matériel (ils auront beau faire pression auprès du laboratoire, le matériel n'arrivera que le lendemain ; seul le médecin a le pouvoir de décider de changer de matériel). L'équipe du bloc orthopédie apporte alors une réponse à cette perturbation en jouant sur les dimensions organisationnelles qu'elle maîtrise : la rotation des salles. Responsable de proximité et infirmière de caddies se mettent ainsi d'accord pour ne pas faire tourner le chirurgien concerné, afin qu'il n'avance pas trop vite dans son programme, de manière à ce que le matériel soit bien arrivé au moment où il en aura besoin : l'événement rencontré par nos deux protagonistes sera alors transparent pour le praticien. Notons que l'échange se déroule au sein du bureau du responsable de proximité, dans lequel l'infirmière de caddies est amenée à entrer fréquemment puisque les chariots sur lesquels elle prépare le matériel y sont entreposés. Dans la conception des espaces, la réflexion sur l'emplacement du bureau du manager revêt donc un enjeu important : c'est dans cette perspective que le bureau du responsable de proximité, initialement positionné à l'extérieur du bloc en orthopédie, a été installé dans une salle d'intervention au sein du bloc opératoire, nous l'avons montré au préalable (chapitre 4, première section).

Pour autant, la réalité n'est pas toujours aussi simple que ces situations le laissent entendre : entre l'autorité que les acteurs (et ici la coordinatrice) se voient officiellement conférée par l'organisation et les jeux de pouvoir qui s'exercent de manière informelle

entre les différents mondes d'action (chirurgiens, manager de proximité et personnels) présents au bloc opératoire, la gestion des rotations des salles est souvent extrêmement complexe. Les médecins ne respectent pas systématiquement cette procédure et les décisions prises par la coordinatrice ne sont ainsi pas toujours appliquées : *« Il y en a certains, ils poussent le patient en salle, dommage pour l'autre chirurgien, et nous après on se fait engueuler »* (Infirmière de bloc). Si la régulation des événements attenants aux procédures, aux matériels ou aux patients laisse peu de marges de manœuvre aux acteurs puisque elle implique en général de disposer d'un savoir médical, la gestion des rotations de salles est parfois rendue difficile par les praticiens du fait cette fois non plus de leur statut de médecin mais de celui d'actionnaire : *« Il y a des trucs qui sont insupportables ça c'est clair, on voit qu'ils abusent de leur pouvoir : il faut le faire tourner, il se donne beaucoup de droit, on lui accorde tout, il fait partie du directoire »* (Infirmière de bloc) , *« Si un chirurgien demande à tourner et que c'est pas son jour, il aura le dernier mot »* (Infirmière de bloc). Propriétaires de la clinique et habitués à décider de par leur statut, ils ont parfois des difficultés à accepter d'appliquer des décisions prises par les personnels ou le management de proximité et qui desservent leurs intérêts, d'autant qu'à la différence de l'infirmière-coordinatrice, ils ne possèdent pas une vision globale de la situation : *« Ils n'ont une vision que de leur programme à eux, hein. La terre peut s'écrouler autour, l'essentiel c'est que leur programme à eux soit comme ils le veulent. Donc nous on a comme mission si vous voulez d'avoir une vision globale de tous les intervenants qu'on a au même moment »* (Ex-directrice des soins et du plateau technique) ; *« Il y a un système de tournante chez nous... quand ils sont dans leur salle, ils sont dans leur bulle, ce qui se passe chez le voisin, ils n'en ont rien à faire »* (Infirmière de bloc)

Encadré n°55 - Des difficultés persistantes dans ces réaffectations malgré les réponses organisationnelles déployées (Bloc orthopédie)

En orientation. Le téléphone de la coordinatrice sonne. C'est Françoise qui demande dans quelle salle elle doit installer la suite pour le Dr Siloret, qui est censé tourner aujourd'hui. La coordinatrice n'a pas de salle : elle comptait sur la salle du Dr Goubaud mais il est plus lent que prévu.

La procédure censée soutenir les acteurs dans la régulation de ces perturbations peut même se retourner contre les équipes : comme l'explicitait le responsable de proximité dans l'entretien en situation présenté auparavant (encadré n°51) - *quand ils sont censés tourner et qu'ils ne tournent pas, alors là, ça n'est pas envisageable pour eux, ils s'énervent, ne comprennent pas* -, les praticiens ne tolèrent pas que les décisions prises par le personnel puissent s'écarter de la procédure alors même que les acteurs ne peuvent

toujours garantir sa bonne application, comme on le voit dans l'extrait d'observation proposé ici. Il est en effet extrêmement difficile d'anticiper le temps que prendra réellement chaque médecin à effectuer une procédure (la durée des interventions différant fréquemment des temps opératoire annoncés sur les programmes ; des complications surgissent fréquemment au cours des interventions, etc.) : « *Tout d'un coup il va mettre une demi-heure de plus à faire son intervention ou euh ou au contraire une demi-heure de moins ou il y en a un qui va arriver en retard et qui va commencer après les autres...* » (Infirmière de bloc). Des erreurs d'anticipation dans l'organisation déployée par la coordinatrice peuvent dès lors contraindre des chirurgiens, pourtant formellement en droit de tourner, à poursuivre leur programme dans une même salle, comme dans la situation qui nous intéresse où le médecin « *est plus lent que prévu* ».

c. *Donner des marges de manœuvre à l'équipe sur la gestion des programmes*

Enfin, les responsables de proximité et leurs équipes récupèrent progressivement des marges de manœuvre sur la gestion des programmes, de façon à pouvoir réguler d'eux-mêmes, sans recourir aux médecins, les événements qui impactent l'organisation future du bloc opératoire. Toutefois, dans les faits, les réponses déployées par l'organisation sur cette question sont loin d'être suffisantes.

Encadré n° 56 - Situation 1 : La tentative de concession de marges de manœuvre sur l'organisation des programmes... (Bloc orthopédie)

Dans le bureau du responsable. Le téléphone du responsable sonne. C'est le secrétariat du médecin qui l'appelle pour dire qu'un patient (M. MARTIN) a demandé une chambre seule mais il n'y en avait pas de disponible ce soir : il n'y en aura qu'une demain matin donc le patient ne veut pas rentrer ce soir. Par conséquent, le responsable doit changer l'ordre de passage des interventions car ce patient devait être opéré à 8h ce qui ne sera finalement pas possible : « Ligament, c'était MARTIN... et la coiffe, elle est rentrée ? (...) Bah on ferait mieux de la mettre en premier. Bah il [*le chirurgien concerné, le Dr Goubaud*] va pas aimer mais sinon il risque de pas commencer à l'heure ! (...) Bah du coup, je refais tout alors : je mets DUPOND [*nom d'un autre patient*] à 8h ; DURAND à 9h30 jusqu'à 11h et puis 11h BERNARD et puis à 12h, MARTIN ». Mais quand les équipes du bloc opératoire font comme ça des changements dans l'ordre de passage des patients pour le lendemain, il faut appeler l'ordonnancement.

(...) L'ordonnancement téléphone justement. Le responsable décroche : « Ouais, tu m'appelles pour les changements de planning pour M. Goubaud ? ». Il récapitule les nouveaux horaires de passage des différents patients. A chaque patient, il l'interroge : « Il

est rentré, lui, je crois ? ». « Et donc là, du coup, tu m'as dit que ça ferait quelle heure l'entrée de M. MARTIN ? (...) 10h30 ? Bah nous on va l'appeler sur le bloc à 11h [*sous-entendu, ça va être juste !*] (...) Tu peux faire aucune entrée avant 10h, 10h30 même ? (...) Bah du coup, il attendra hein ! C'est pas de notre faute ! ». Il raccroche.

Ici, le responsable de proximité est contacté par le secrétariat du médecin au sujet d'une perturbation qui affecte le programme opératoire futur d'un chirurgien (le lendemain). L'événement (lié à la temporalité) provient des exigences d'un patient qui, ne pouvant obtenir la chambre seule qu'il réclame, décide de n'entrer dans la clinique que le lendemain matin. Or, si le patient rentre le matin, il ne sera pas prêt pour son intervention prévue à 8h (il faut rentrer la veille) : comme le responsable ordonnancement le rappelle dans la suite des échanges, des procédures très strictes régissent les entrées dans les services, de manière à ce que les équipes d'hospitalisation puissent s'organiser et anticiper les arrivées de patients (faire sortir les patients précédents, nettoyer les chambres...). Aucune entrée ne peut donc être effectuée avant 10h dans les unités de soins. Le responsable est ainsi contraint de procéder à de multiples changements en avançant toutes les procédures programmées par ce chirurgien. Cela suppose de disposer d'un certain nombre de savoirs sous-jacents : la procédure dont nous venons de faire état d'une part, mais aussi, et d'autre part, les règles formelles et informelles qui régissent les modifications tardives dans le programme opératoire. En effet, le responsable sait qu'il doit informer la cellule ordonnancement des changements réalisés puisque son rôle sur cet aspect est essentiel. Mais surtout, le manager doit estimer les marges de manœuvre dont il dispose réellement face aux médecins pour procéder à des changements dans le programme opératoire et cette question est laissée à sa seule appréciation, elle ne peut-être acquise qu'à travers l'expérience, puisqu'il n'existe pas encore de règles strictes conférant aux managers de proximité une entière liberté dans l'agencement des programmes opératoires des praticiens. Des tentatives de réponses, donnant lieu à maintes négociations entre médecins et management, voient toutefois le jour pour redonner aux responsables un pouvoir de décision sur ces aspects : « *On a aussi petit à petit obtenu d'avoir un peu plus la main sur la planification des patients au sein de la journée opératoire. Ils étaient restés beaucoup quand même dans leur organisation de clinique c'est-à-dire c'est moi, c'est le chirurgien, qui dit que M. Dupond passe avant M. Durand, etc., etc. (...) Donc ça petit à petit aussi on a réussi à avoir un petit peu plus la main en leur proposant. (...) Certains si vous voulez sont plus difficiles à convaincre* » (Ex-directrice des soins et du plateau technique). Dans les faits, un certain nombre de médecins s'opposent encore à la prise en main de cette dimension organisationnelle : « *L'idéal serait d'avoir la gestion complète du programme : pour l'instant, certains praticiens décident eux-mêmes,*

ça complique les choses, il faut toujours justifier, négocier. Quand on a la main libre, c'est plus facile » (Responsable de bloc). En effet, l'agencement des programmes touche aussi à des questions médicales, et il est dès lors délicat d'empêcher le chirurgien de s'exprimer sur cet aspect : *« C'est difficile d'intervenir là-dessus, parce que je les comprends aussi, s'ils ont un... enfin s'ils ont une intervention... il y a quelques praticiens qui aiment bien commencer, je sais pas, par une petite vidéo de genou ou un petit truc simple, (...) comme s'ils allaient se préparer quoi à leur journée (...). Alors la prothèse de genou complexe ou je sais pas quoi, ou un changement de prothèse de hanche. Il y en a d'autres, non, ils veulent commencer par le truc hyper compliqué, et puis après aller sur du plus léger, mais je... en même temps voilà, ils ont... ils ont quand même le scalpel au bout des doigts [rire] et... c'est difficile d'intervenir là-dessus quoi. Bon »* (Ex-responsable des soins et du plateau technique).

**Encadré n° 57 - Situation 2 : ... Et les résistances de certains médecins
(Bloc orthopédie)**

Dans le bureau du responsable. Le responsable de proximité dresse maintenant sa liste de deuxièmes-aides pour chaque jour de la semaine : tel chirurgien a besoin d'une deuxième aide ; tel chirurgien a besoin d'une deuxième aide, etc. Il se rend compte en dressant cette liste que deux chirurgiens ont besoin d'une deuxième aide en même temps : il va falloir décaler une des interventions (une seule deuxième-aide est disponible). Il se rend en salle de pause où deux médecins se trouvent et demande à l'un d'entre eux, le Dr Siloret, s'il peut décaler une intervention. Celui-ci donne son accord. Il retourne dans son bureau et complète sa feuille.

Dans ce cas, on le voit, le responsable de proximité se trouve confronté à des incertitudes : d'un côté, le programme opératoire élaboré par le chirurgien ne peut être maintenu en l'état du fait de certaines perturbations (ici liées au personnel) mais de l'autre, il n'est pas en mesure de décider par lui-même des changements à effectuer : il sait devoir demander son accord à ce chirurgien pour pouvoir procéder à des modifications dans le programme. La résolution du problème passe alors par l'agencement que nous avons mis en évidence au sein des situations perturbées indéterminées : sollicitation du médecin, formulation d'une proposition, décision finale prise par le chirurgien.

Les deux situations que nous relatons ici montrent bien à quel point cette question de la marge de manœuvre dont disposent les responsables dans la structuration de l'activité est extrêmement complexe mais en même temps cruciale. Le manager est ainsi dans la légitimation permanente de ses actes (situation 1 - encadré n° 56) : *« Bah il va pas aimer*

mais sinon il risque de pas commencer à l'heure ! » puis « Bah du coup, il attendra hein ! C'est pas de notre faute ! ».

2.1.2. Favoriser le partage des informations pour limiter l'incertitude

Lorsque des perturbations surgissent au bloc opératoire et viennent déstabiliser le programme opératoire (prise en charge d'une urgence, inversion de patients, avance ou retard pris dans le programme d'un chirurgien...), il existe des procédures très strictes qui régissent la transmission d'informations, dans l'optique de limiter l'incertitude au niveau de chaque service impacté.

Encadré n° 58 - Procédures établies dans la transmission d'informations à l'ordonnancement en cas de perturbations (Service ordonnancement)

Au sein du service ordonnancement. Le téléphone sonne. Une assistante décroche. C'est la secrétaire des médecins de cardiologie qui appelle l'ordonnancement pour dire qu'un médecin va prendre une urgence en plus (de l'extérieur, ne passe pas par le service urgence). (...) L'assistante appelle ensuite l'hospitalisation (service cardiologie) et les informe de cet ajout.

On le voit sans cette situation, en cas d'ajouts sur le programme opératoire, des procédures définissent la chaîne de transmission d'informations à déployer. Les responsabilités dans le partage de ces informations sont ainsi explicitement définies : le secrétariat du médecin doit prévenir l'ordonnancement qui doit lui-même communiquer ces changements au service concerné.

Les acteurs du bloc opératoire ont quant à eux formellement à charge de prévenir les unités d'hospitalisation lorsque les programmes des médecins prennent de l'avance ou du retard, quelque soit la source du dysfonctionnement : *« Après sinon, l'information, par exemple, s'il y a de l'avance ou du retard parce qu'il y a un problème de maintenance de salle, ou quelque chose qui tombe en panne au bloc, on va avoir un coup de fil, moi j'ai, [Prénom d'une responsable de bloc] va m'appeler, j'suis pas là, elle va appeler dans le service, mais sinon elle va m'appeler, attention là on a plein d'avance ou là, la salle est tombée en panne, il faudrait prévenir les patients, que du coup il y a de l'attente, l'information se fait comme ça de façon téléphonique »* (responsable d'un service de soins). Toutefois, dans les faits, ces procédures d'alerte ne sont pas toujours respectées par les acteurs, conduisant dès lors à une succession de dysfonctionnements, comme l'explique cette responsable d'un autre service de soins : *« Moi ce que je reproche souvent c'est le manque, le manque d'infos c'est-à-dire que bah ça appelle pas pour dire il va y*

avoir machin (...) Et euh bon bah des fois, le service est pas prévenu alors après ça râle parce que le patient est pas prêt. Bah il peut pas être prêt, il peut pas être prêt puisqu'on n'a pas l'info. (...) Même chose, à la charge du service de prévenir le bloc opératoire en disant « le patient n'est pas installé », « la chambre n'est pas prête », nous ne pouvons pas l'installer donc il descendra forcément en retard au bloc. (...) Ça passe pas bien (...) parce que les filles je sais dans les services quand le patient n'est pas installé en temps et en heure, n'est pas prêt, elles savent qu'elles vont se faire engueuler. (...) Le médecin ne veut pas attendre, ça fait, je sais pas ils doivent apprendre ça à l'école, c'est, "je n'attends pas" ». Derrière ces écarts à la procédure, se cachent donc des problématiques plus profondes notamment liées à de véritables incompréhensions entre les différents services et les différentes fonctions, dont le travail est pourtant centré sur les mêmes trajectoires de patients : sous cette notion globale de trajectoire, le travail des acteurs se divise en fait en multiples situations de gestion. Chacune de ces situations présente ses propres intérêts et contraintes que les acteurs qui n'en sont pas parties-prenantes ont dès lors des difficultés à comprendre, d'autant que des conflits d'intérêts surgissent fréquemment, nous l'avons vu.

Encadré n° 59 - Une tentative d'instaurer des outils pour favoriser le partage d'informations sur les événements avec les médecins (Bloc cardiologie)

En salle d'opération. Deux infirmières préparent la salle d'intervention pour la patiente suivante : « C'est voie radiale ou voie fémorale la petite dame ? » demande une infirmière à une autre, pour savoir comment installer la patiente suivante. L'autre lui répond : « radiale ». Elle a obtenu cette information car elle figurait dans le dossier du patient (c'est le médecin qui l'a indiquée).

Pour limiter l'incertitude lorsque des perturbations émergent (ici potentiellement liées à la singularité du patient), et de manière à réduire la nécessité de recourir aux médecins dans ce cadre, des outils de coordination ont également été institués entre les médecins et les personnels (du bloc opératoire comme des services de soins). Sur ces dispositifs, les praticiens peuvent indiquer les éventuels changements par rapport à la procédure habituelle, préciser les spécificités d'un patient identifiées lors de la consultation, *etc.* Dans la situation relatée ici, le médecin a ainsi fait figurer sur le dossier patient (mais il est également possible d'indiquer ces renseignements sur l'outil informatique) la procédure à installer (voie radiale) pour cette intervention, évitant par là aux infirmières de devoir le solliciter tel qu'elles sont contraintes de le faire en situation perturbée incertaine. Toutefois, cette tentative de réponse n'a pas connu le succès espéré puisque les médecins n'alimentent que rarement ces outils : « On a des procédures, si le médecin

veut changer quelque chose à ce protocole, il doit normalement effectuer en face du changement, mettre un petit point rouge, barrer en rouge et après retranscrire dans le dossier au niveau des transmissions ciblées le changement qu'il veut... Ça n'est jamais fait ! » (Responsable d'un service de soin).

2.1.3. Des dispositifs spécifiquement mis en place pour soutenir ces régulations locales sur des événements récurrents

Si un certain nombre de procédures et d'outils de gestion ont été mis en place au bloc opératoire de façon à réduire les incertitudes en situations perturbées (notamment en redonnant aux acteurs des marges de manœuvre), d'autres dispositifs ont été déployés pour soutenir plus spécifiquement la gestion des perturbations qui reviennent constamment dans la vie de l'organisation : il s'agit notamment des événements attenants au matériel, aux personnels mais aussi aux patients (gestion des urgences).

a. Les événements liés au matériel au sein des deux blocs

En premier lieu, un poste particulier mis en place au bloc opératoire va jouer un rôle central dans la régulation de ces perturbations, dès lors que les incertitudes sur la situation sont levées : l'infirmière-coordinatrice. D'emblée, il est à noter une réelle différence entre les deux blocs dans le rôle joué par la coordinatrice, une différence qui tient à la possession ou non par cette infirmière d'un objet spécifique : le téléphone.

La coordinatrice « *répond aux différentes demandes des infirmières de salle d'opération* » (source : fiche de poste de l'infirmière-coordinatrice) : elle est ainsi formellement identifiée comme l'interlocutrice-référente face aux problèmes rencontrés par l'équipe, notamment sur la question du matériel. En effet, quotidiennement au sein des deux blocs étudiés, et même quasi-constamment en orthopédie du fait du grand nombre de références gérées, une multitude de perturbations liées au matériel émerge et appelle à une régulation souvent immédiate.

Encadré n° 60 - Le rôle de la coordinatrice dans la résolution d'un événement attendant au matériel (Bloc orthopédie)

En orientation. Le téléphone de la coordinatrice sonne. C'est la panseuse en salle 3 qui l'appelle. « Oui salut, oui ça va. (...) J'en ai pas, ce que j'ai à lui proposer, c'est du genoux. (...) T'as pas encore ouvert la PTG-PTH ? (...) On est assez pauvre en satellite. (...) Sur cette intervention et pour ce chirurgien, il y a deux types de boîtes : la boîte de 1ère intention et une boîte de 2ème intention (« au cas où »). En salle, ils ont ouvert la boîte de 1er recours, mais il n'y a plus de lame malléable dans celle-ci. La coordinatrice amène

donc la seconde boîte de housse de genou en salle 3 (...). De retour en orientation, elle entre en pharmacie puis ramène du matériel demandé en plus par la panseuse. En passant dans le couloir, elle pousse un brancard et le range sur le côté. (...) La coordinatrice et la panseuse discutent par la trappe.

Comme le révèle cet extrait d'observation, la responsabilité liée au matériel qui incombe à la coordinatrice est clairement reconnue par les acteurs du bloc opératoire. Ici, l'événement concerne la nécessité de recourir à du matériel supplémentaire par rapport au matériel préparé pour chacune des interventions sur un caddie. Face à des complications en salle ou du fait d'un problème sur l'instrumentation mise à la disposition de l'équipe (panne, dé-stérilisation, incomplétude des boîtes), le médecin définit en effet le matériel supplémentaire dont il a besoin. Certes, des incertitudes subsistent alors bien souvent en salle d'intervention sur la procédure proprement dite mais le processus de régulation de la perturbation liée au matériel est clairement établi et les acteurs connaissent dès lors la démarche à suivre : la panseuse qui a recueilli les besoins du médecin contacte l'infirmière-coordinatrice par téléphone et relaie la demande du chirurgien sur un mode prescriptif. Elle tire sa légitimité du rôle qu'elle occupe et, plus précisément, des informations qu'elle a obtenues du fait de sa proximité avec le médecin. La coordinatrice réunit alors le matériel nécessaire (une deuxième boîte est prévue pour faire face à un éventuel problème, on le voit dans l'exemple ci-dessus) qu'elle amène ensuite à la salle d'opération concernée. Elle dépose le matériel dans la trappe prévue à cet effet, un dispositif architectural conçu pour communiquer entre la salle et le couloir lorsque l'intervention a commencé, sans avoir besoin d'ouvrir la porte d'entrée, conformément aux procédures d'hygiène en vigueur au sein du bloc orthopédie.

Comme le révèle cette situation, la régulation de ce type de problème nécessite de posséder de solides connaissances sous-jacentes relatives au matériel à la disposition de l'équipe le moment venu - « *J'en ai pas, ce que j'ai à lui proposer, c'est du genou (...)* On est assez pauvre en satellite ». La coordinatrice sait ainsi qu'il existe différents types de boîtes pour cette procédure et ce médecin en particulier et qu'elle peut donc recourir à la « *boîte de deuxième intention* » si la première ne convient pas au chirurgien (ici il manque un matériel, l'événement renvoie donc à une incomplétude de la boîte). L'acquisition de ces connaissances est alors primordiale dans la régulation des perturbations liées au matériel, et afin que le dispositif sur lequel prennent appui les acteurs confrontés à ces problèmes (téléphoner à la coordinatrice pour relayer la demande du médecin) puisse effectivement aboutir à une prise en charge efficiente de l'événement. Or, du fait de l'absence de réunions, unanimement dénoncée par les acteurs du bloc orthopédie

rencontrés en entretien, les informations ne sont pas toujours partagées auprès de l'ensemble de l'équipe et certains personnels, se retrouvant soudainement plongés dans l'incertitude, sont dès lors mis en difficulté dans leur travail (et notamment en porte-à-faux vis-à-vis du chirurgien), nous l'avons montré dans le chapitre précédent (section 2).

Nous le voyons, la régulation des perturbations liées au matériel s'appuie sur un outil central, le téléphone, afin de contacter l'acteur formellement chargé de répondre aux demandes des équipes en salle. A la différence des situations perturbées dans lesquelles persistent des indéterminations, la mobilisation du téléphone ne vise pas à obtenir des informations mais à prévenir l'infirmière-coordinatrice (dimension d'alerte du téléphone) des nouveaux besoins définis par le médecin, puis à l'enjoindre à des actions immédiates.

**Encadré n° 61 - Les problématiques soulevées par l'absence de téléphone
(Bloc cardiologie)**

En salle d'intervention, au cours d'une opération. Une infirmière sort en courant de la salle 1 pour aller chercher du produit dans la pharmacie. La coordinatrice du matin, l'apercevant lorsqu'elle passe dans le couloir devant le bureau du responsable de proximité, lui dit : « Tu peux pas appeler au lieu de courir ? ».

Le problème mis en exergue par cet extrait est fréquemment rappelé par les personnels du bloc opératoire en cardiologie : en effet, la première difficulté citée par les infirmières sur le poste de coordinatrice au bloc cardiologie concerne le fait qu'elles n'ont pas de téléphone sur cette fonction. « *C'est la responsable de proximité qui l'a quand elle est là. (...) On n'a pas forcément l'information* », déplorait ainsi une infirmière au cours de nos observations. Pourtant, nous l'avons mis en évidence, la sollicitation de l'infirmière-coordinatrice s'opère à travers le téléphone : dès lors et nous le voyons dans la situation présentée ici, les infirmières du bloc cardiologie ont plus vite fait de sortir de salle d'opération pour se rendre en pharmacie chercher le matériel supplémentaire demandé par le praticien plutôt que de chercher la coordinatrice si celle-ci n'est pas rapidement localisable (donc si elle ne se trouve pas au sein de l'espace central). L'efficacité de la réponse organisationnelle déployée ici (définition des responsabilités : c'est à la coordinatrice de réguler ce type d'événements) dépend donc de la manière dont est équipé cet acteur-pivot - dispose-t-il ou non d'un téléphone ? -, ce qui nous amène à souligner la complémentarité qui s'exerce entre les différentes ressources dans la régulation des perturbations.

Outre le rôle central joué par la coordinatrice sur cette question, la résolution des dysfonctionnements attenants au matériel s'appuie aussi sur nombre d'autres dispositifs formels.

Encadré n° 62 - La mise en place d'outils permettant de gérer les dysfonctionnements liés au matériel (Bloc cardiologie)

En salle d'intervention n° 1. 16h08. L'équipe fait signe à la responsable de proximité qui se trouve en salle de commande : ils ont ouvert un cathéter, mais celui-ci est défectueux (il est tout plat). La responsable leur dit que le laboratoire doit les rembourser. Le cathéter est à usage unique et c'est un dispositif très coûteux (environ 1000 €). Elle leur demande de remplir une « feuille de matériau-vigilance » qu'elle enverra ensuite au laboratoire (ou à la pharmacie qui fera suivre).

Dans cette situation, face aux difficultés rencontrées, les acteurs sollicitent la responsable de proximité puisqu'ils l'aperçoivent au sein de l'espace central par le biais des vitres qui séparent ces deux espaces - « *l'équipe fait signe* ». Celle-ci résolve le problème en rappelant la procédure à suivre face à ce dysfonctionnement : il faut remplir un outil particulier développé par l'organisation, une « *feuille de matériau-vigilance* ». Elle justifie cette instruction par un argument économique : « *c'est un dispositif très coûteux* ». D'autres dispositifs de ce type ont été déployés par l'organisation pour faire face à des problèmes de matériels (par exemple, une « *feuille de demande d'intervention* » (annexe n°13) à destination du service de maintenance de l'établissement, en cas de dysfonctionnement d'un matériel appartenant à la clinique). Ces perturbations ont donc été anticipées par l'organisation : celle-ci y a apporté une réponse particulière en développant des outils spécifiques.

Encadré n° 63 - Des procédures de « *dépannage* » formellement établies (Bloc cardiologie)

En salle de commande. 14h57. Une infirmière, Valérie, appelle la pharmacie pour demander du matériel pour une opération pour le lendemain. La veille, il y a eu une radiofréquence et une cryothérapie (deux longues interventions) et « dans les armoires qu'on a par la pharmacie, il y a seulement du matériel pour deux procédures comme celles-ci », me dit l'infirmière. Or, demain, une autre opération comme celle-ci est programmée. Il faut donc recommander ce matériel. « Les grandes interventions, on essaie de préparer le matériel la veille », m'explique-t-elle, car la pharmacie peut « dépanner » s'il manque du matériel. Pour les interventions plus « classiques », « on ne prépare pas en

avance, tout est en salle », par contre, les armoires de salles sont remplies la veille au soir.

(...) Valérie entre dans le bureau de la responsable. (...) Elle vient pour lui demander si la lourde procédure du lendemain, celle pour laquelle elle a téléphoné à la pharmacie pour avoir du matériel, est prévue le matin ou l'après-midi : si elle est prévue l'après-midi, la pharmacie n'aura pas besoin d'apporter le matériel « en dépannage », c'est-à-dire en dehors des heures de livraison habituelles, puisque le matériel est livré par la pharmacie ce jour là (tous les vendredis ainsi que les mardis) : il sera donc arrivé suffisamment tôt pour l'intervention. Mais comme l'intervention est programmée pour le matin, la livraison n'arrivera pas à temps, la pharmacie va devoir nécessairement les « dépanner ». Valérie repart en salle de commande pour appeler la pharmacie.

Pendant ce temps, la responsable me confie qu'elle est très contente de l'attitude de l'infirmière en question : c'est important pour elle de limiter les « dépannages ». Elle m'explique ainsi qu'il y avait pendant un moment, au sein du plateau technique, une tenue du nombre de « dépannage » par bloc, et qu'elle avait challengé son équipe pour que le bloc cardiologie ait le moins grand nombre de « dépannages » (il y en a pourtant énormément en cardiologie puisqu'il y a beaucoup d'interventions qui sont programmées au dernier moment).

Finalement, Valérie revient dans le bureau pour informer la responsable que la pharmacie livrera (exceptionnellement) le chariot ce soir puisqu'il est déjà prêt, plutôt que de faire un « dépannage » ce soir et de le livrer demain.

L'infirmière repartie, la responsable m'explique qu'ils ont des problèmes de stockage au sein du bloc (ils manquent de place) alors qu'ils ont de plus en plus de matériel différent à entreposer : elle sera ainsi amenée sous peu à demander trois livraisons par semaine au lieu de deux.

L'extrait d'observation met en évidence l'existence d'une autre procédure prévue par l'organisation pour faire face à un dysfonctionnement lié au matériel : le « *dépannage* ». Par cette procédure, il est possible, au sein de chaque bloc opératoire, de commander du matériel supplémentaire auprès de la pharmacie en dehors des jours de livraison habituels, lorsque les acteurs réalisent qu'ils n'ont pas tout le matériel nécessaire, par exemple en cas d'intervention fixée tardivement ou lorsque sur une semaine, davantage d'interventions spécifiques que d'ordinaire (à l'instar de l'exemple étudié) sont programmées. Le recours à cette procédure de « *dépannage* » s'accompagne nécessairement, on le voit, de la détention par les personnels d'une compétence particulière : savoir anticiper afin de devancer d'éventuels problèmes liés au matériel - « *Les grandes interventions, on essaie de préparer le matériel la veille* ». Toutefois, la

direction tente de limiter le recours à cette procédure qui s'inscrit dans une situation perturbée routinière, puisque celle-ci représente un coût pour l'organisation (du travail en plus pour la pharmacie : préparer un nouveau chariot de matériel puis le livrer) : durant une période, le nombre de « *dépannages* » opérés par bloc était ainsi comptabilisé et les acteurs étaient vivement encouragés (« *challengés* ») à réduire leur usage de ce dispositif. Des réponses organisationnelles existent donc en situation perturbée routinière mais la direction de la clinique cherche désormais à les limiter, l'enjeu étant pour elle de maintenir l'activité dans la situation normale, dans laquelle la structure formelle, tournée vers la recherche de l'efficacité, oriente les actes de chacun. A ce titre, une actualisation des procédures est envisagée (une troisième livraison devrait être mise en place) : le déploiement de réponses organisationnelles en situation perturbée s'accompagne donc fréquemment d'une réflexion sur l'actualisation des procédures, nous y reviendrons par la suite. Aujourd'hui, cette volonté intrinsèque de la direction constitue un savoir sous-jacent pour les acteurs du bloc qui, lorsqu'ils sont amenés à devoir recourir à un « *dépannage* », envisagent auparavant d'autres solutions, on le voit dans le cas étudié. D'autres connaissances sous-jacentes sont également nécessaires et l'infirmière doit notamment disposer de certaines connaissances organisationnelles dans le travail qu'elle réalise ici : elle doit par exemple connaître le jour et l'heure des différentes livraisons de la pharmacie. La situation perturbée routinière est certes encadrée par un grand nombre de règles, mais une certaine flexibilité demeure dans les procédures telles qu'elles sont appliquées : occasionnellement, la pharmacie peut modifier ses jours de livraison, comme le montre le cas étudié. La proposition ainsi formulée constitue une réponse optimale pour les deux services : la pharmacie n'aura pas à procéder à un « *dépannage* » mais le bloc cardiologie sera livré à temps du matériel supplémentaire dont il a besoin.

b. Les aléas en matière de personnels

La coordinatrice se voit en second lieu formellement confier la charge d'adapter l'organisation du bloc à l'avancement des différents programmes, de manière à optimiser l'utilisation des ressources mises à la disposition de l'équipe sur une journée opératoire. Elle dispose notamment d'un véritable pouvoir de décision sur la question des rotations de salles, nous l'avons souligné précédemment. Mais l'autorité qu'elle se voit conférer va au-delà de cet aspect et la coordinatrice joue finalement un rôle central en matière de gestion du personnel, du fait de la vision globale qu'elle seule possède au sein de l'équipe. Tout au long de la journée opératoire, des événements attenants au personnel surgissent en effet au sein des différents blocs : absence d'un membre de l'équipe, retard ou départ

prématuré, demande fortuite d'un chirurgien qui souhaite disposer d'un aide-opérateur supplémentaire sur une intervention, etc.

Encadré n° 64 - Rôle de la coordinatrice dans la prise de décision face à des problèmes en matière de personnel (Bloc orthopédie)

En orientation. 12h15. La coordinatrice revient en orientation. Elle annonce aux infirmières qu'une urgence arrivée ce matin et mise en attente va finalement être prise en charge maintenant. C'est Ingrid, la panseuse en salle avec le Dr Labro qui lui a dit. Elle-même l'a su par le médecin. Il faut donc préparer la salle pour l'intervention : ça sera la salle 4 car toutes les autres salles sont déjà prêtes pour les futures interventions (ou actuellement occupées par une intervention), puisqu'ils l'ont su au dernier moment.

(...) **12h45.** En orientation. La coordinatrice dit à une infirmière : « Tu vas aller remplacer Ingrid en 4. (...) Toi ou Soizic ». Le programme du Dr Labro était en effet prévu de se terminer en fin de matinée (vacation du matin seulement) : il n'y a donc pas de panseuse affectée à ce médecin cet après-midi et comme Ingrid, la panseuse sur la vacation du matin, est à temps partiel, elle ne part pas à 15h, à l'instar des autres infirmières du matin, mais à 13h30. Or, du fait de l'urgence qu'il prend à présent en charge, le médecin a exceptionnellement besoin d'une panseuse cet après-midi. La coordinatrice demande ainsi aux infirmières en « *plus* » du soir d'aller remplacer Ingrid qui termine sa journée.

Ici, la prise en charge d'une urgence va soulever des problèmes en termes de personnels puisque la vacation d'un médecin va se prolonger de manière inattendue nécessitant, de ce fait, une panseuse supplémentaire par rapport aux programmes prévus pour l'après-midi. La coordinatrice va jouer un rôle central dans la régulation de cette perturbation : à travers la responsabilité qui lui est officiellement confiée, c'est elle qui concentre les différentes informations recueillies auprès des différents interlocuteurs avec lesquels elle est en contact (dans la situation proposée, la panseuse du Dr Labro lui annonce qu'une urgence va être prise en charge). Du fait de ces nouvelles informations, et compte-tenu des savoirs organisationnels sous-jacents qu'elle possède (la panseuse ne sera pas disponible pour participer à cette intervention puisque, étant à temps partiel, elle a terminé sa journée de travail), la coordinatrice prend une décision qu'elle transmet aux membres de l'équipe concernés, sur un mode directif : une infirmière en « *plus* » remplacera la panseuse en question sur cette intervention. En effet, ces infirmières en « *plus* » ne sont pas affectées à un programme particulier, en salle : elles sont formellement en charge de la rotation des salles sur l'ensemble des programmes opératoires de la journée. En cas de besoin, et lorsque les acteurs dotés d'un pouvoir de prescription en matière d'organisation (responsable de proximité et coordinatrice)

l'estiment nécessaire, ces infirmières peuvent ainsi être réaffectées au programme d'un chirurgien. « *On a une organisation bien structurée, mais dans la souplesse !* », nous confiait un infirmier du bloc orthopédie, en faisant référence à ce système singulier.

Et plus généralement, ce sont tous les membres de l'équipe qui ne sont pas affectés à un programme précis, au sein d'une salle d'opération, qui vont pouvoir s'adapter et prendre en charge des tâches supplémentaires : le responsable de proximité joue lui-même un rôle important sur ces questions.

**Encadré n° 65 - Le rôle du responsable de proximité dans la gestion du sous-effectif
(Bloc cardiologie)**

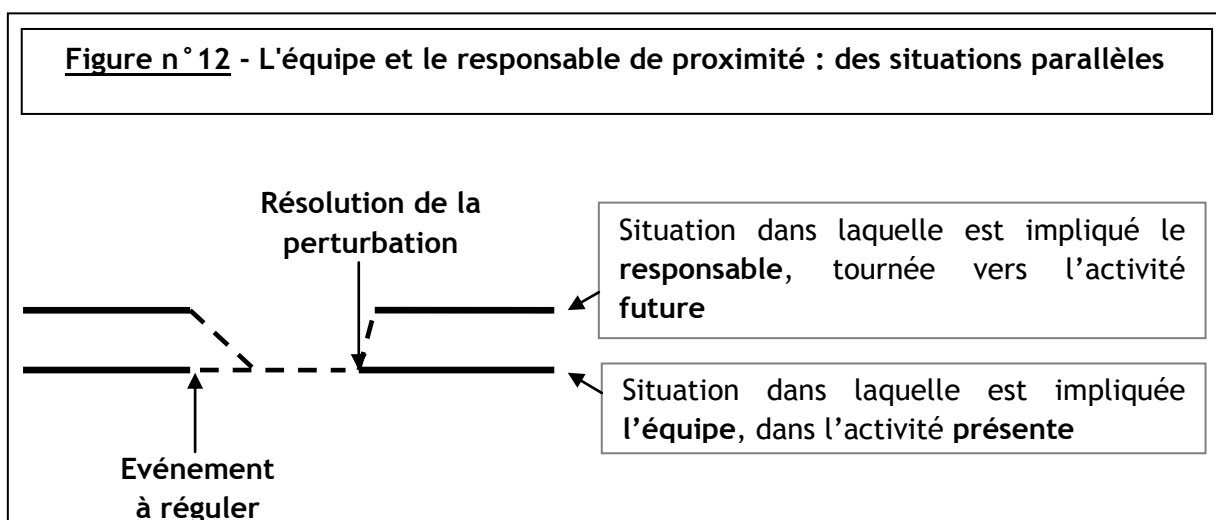
Situation 2. En salle d'intervention. Une infirmière sort de la salle 1 et appelle une autre infirmière (sa collègue dans cette salle puisqu'elles fonctionnent toujours par binôme dans chaque salle). Elle demande à la responsable qu'elle aperçoit dans la salle de commande (...) de voir où est cette infirmière. La responsable : « Elle doit être au café (...). J'arrive, je m'habille ». Elle enfle le tablier de protection puis l'infirmière l'aide à enfiler une blouse. Elle met aussi des gants : elle sera aide-opératoire pour cette intervention.

(...) **Quatre jours plus tard.** Sur le planning, une infirmière a été affectée au poste de coordinatrice du matin ; en revanche, il n'y a pas de coordinatrice du soir car le bloc est en sous-effectif mais la responsable de proximité s'est inscrite sur le planning des personnels comme coordinatrice du soir.

On le voit dans cet extrait, le responsable de proximité peut être amené à remplacer des membres de l'équipe sur des postes divers (aide-opératoire, coordinatrice). Ainsi, dans la première partie de cette situation, l'infirmière confrontée à un problème de personnel (elle ne trouve pas sa collègue dont elle a pourtant besoin pour l'intervention à venir qui requiert le travail conjoint d'une panseuse et d'une aide-opératoire) sollicite la responsable de proximité qu'elle aperçoit au sein de l'espace central de travail depuis la salle d'opération, grâce aux vitres qui séparent ces deux espaces. Cette dernière prend aussitôt en main la situation et remplace l'infirmière en question sur un poste d'aide-opératoire. Elle manifeste à son égard une certaine forme de solidarité, nous confiant par la suite lorsque nous l'interrogerons sur cette situation qu'elle ne souhaitait pas déranger l'infirmière qui avait réussi à trouver dans sa journée de travail un moment pour se rendre en salle de repos. La réponse ici apportée est à rapprocher du mode de management spécifique de cette responsable de proximité qui n'hésite pas à remplacer au pied-levé une de ses infirmières en salle, à l'encontre des représentations formelles du management véhiculées par l'organisation (qui s'élève contre le management « *maternaliste* ») : « *Un*

cadre de proximité, si vous voulez, ne doit pas se substituer au travail du personnel » (Ex-responsable des soins et du plateau technique).

Ainsi, le responsable de proximité constitue lui-même un soutien important pour les acteurs face aux dysfonctionnements rencontrés. En premier lieu, puisqu'une grande partie de son travail concerne l'organisation future du bloc (les commandes de matériel, les plannings de personnels, etc.), il est fréquemment amené à réguler des événements à plus ou moins lointaine échéance (des changements d'horaires à opérer, des inversions de patients, des modifications de planning, des problèmes de matériels non reçus...) et un grand nombre de situations perturbées que nous avons présentées dans lesquelles il est impliqué concerne cette temporalité. Mais il joue par ailleurs un rôle important face aux dysfonctionnements qui impactent le présent. Evoluant de fait sur une trajectoire parallèle aux personnels (tournée vers l'activité future), le responsable de proximité est ainsi continuellement amené à rejoindre les situations dans lesquelles son équipe est impliquée, lorsqu'il a connaissance d'une perturbation dans l'activité présente.



Il revient dans des situations présentes lorsqu'il est sollicité par son équipe (par téléphone ou de visu), mais surtout du fait de la vigilance à laquelle il s'astreint en parallèle de l'activité qu'il réalise. La conception architecturale des blocs opératoires mais également les outils dont disposent le responsable sont ici déterminants :

- D'une part, le manager recueille des informations sur la situation présente visuellement : les portes vitrées dans les couloirs des deux blocs ou dans l'espace central de travail en cardiologie jouent alors un rôle central ; le responsable se tient également informé de l'avancement des différents programmes en consultant un outil de coordination, la « *supervision du bloc* » (il travaille sur la planification de l'organisation future avec l'outil de supervision du bloc toujours ouvert en parallèle).

- D'autre part, il est attentif aux informations sonores qui lui parviennent : ici, l'emplacement de son bureau (désormais au cœur du bloc, nous l'avons vu) lui permet d'entendre immédiatement les appels à l'aide, les cris, les éventuelles plaintes formulées par les acteurs mais aussi dans le cas du responsable de cardiologie, le son des appareils de surveillance placés en salle de commande..., bref, tous ces bruits insolites qui l'avertissent d'un problème ou d'une urgence dans la situation présente.

c. La prise en charge des événements liés au patient

Enfin, un certain nombre de dispositions ont été prises par l'organisation pour réguler les événements liés aux patients.

**Encadré n°66 - Des procédures déployées pour gérer la singularité du patient
(Bloc cardiologie)**

Sas d'entrée du bloc. 9h36. Le brancardier amène une nouvelle patiente. Il croise la coordinatrice qui sort de la salle 2 et lui dit que la patiente était sous oxygène dans sa chambre. La coordinatrice lui dit de l'amener dans le sas SSPI pour le mettre sous oxygène. « *Par mesure de précaution, je la scope sur le moniteur* » me dit-elle : le scope est un appareil affichant les tracés de la surveillance vitale du patient sur un écran. « *Je vais aider à installer [en salle 2], je l'interrogerai après, voire les autres l'interrogeront* ».

Il en est ainsi de la gestion de certaines singularités des patients, à l'instar de l'extrait présenté ici, dans lequel une patiente a été placée sous oxygène du fait de son état. Dans le cas qui nous intéresse, le brancardier informe une infirmière de cette anomalie (les patients qui arrivent au bloc cardiologie ne sont pas, d'ordinaire, sous oxygène). L'infirmière ici sollicitée est l'infirmière-coordinatrice et c'est elle qui va, une nouvelle fois, réguler la situation. La conception des espaces est alors déterminante : la proximité de différents lieux (salles d'intervention, entrée du bloc, sas SSPI) et la disposition des portes (la sortie de deux salles d'opération sur trois offre une vue sur le sas d'entrée en cardiologie) permet aux acteurs de se rencontrer rapidement et de recueillir aussitôt les informations importantes (par la vue et en écoutant son interlocuteur) : à peine entré au bloc cardiologie, le brancardier aperçoit la coordinatrice qui sort de la salle 2 et lui transmet les informations importantes (échange de « *médiation* »). Notons que la logique de proximité dont il est fait état émane de la petite taille du bloc opératoire concerné, facilitant la concentration des différents espaces.

Cette prise en charge par l'infirmière coordinatrice s'appuie notamment sur des dispositions prévues par l'organisation pour faire face à certaines singularités du patient : pour les malades dans un état fragilisé, il existe ainsi un espace spécifique (le sas SSPI situé au sein du bloc cardiologie, à droite de l'entrée, mais attendant à la salle de réveil) doté d'appareillage particulier (possibilité de placer le patient sous oxygène et sous surveillance).

Mais la majeure partie des événements attenants au patient concernent les changements opérés dans le programme opératoire au cours de la journée, et notamment les urgences. Au sein des deux blocs qui nous intéressent, il existe ainsi des règles formellement établies pour gérer ce type de perturbations. Une partie voire la totalité des ajouts provient du service des urgences de la clinique qui a ouvert ses portes en 2004. Le service des urgences accueille les patients qui présentent un trouble particulier (de la petite pathologie type otite à l'urgence vitale) et qui vont devoir être traités ou redirigés vers un autre établissement lorsque le patient souffre d'un problème pour lequel la structure ne peut le prendre en charge (quand la clinique n'est pas dotée des infrastructures ou des spécialistes nécessaires, ou encore ne dispose pas des autorisations... : médecine pédiatrique, détresse psychiatrique, urgence ophtalmologique, etc.). La procédure d'accueil au sein de cette unité est clairement établie et incite à une prise en charge efficace du patient : *« On a un binôme soignant aide-soignant/infirmier donc on a l'aide-soignante qui réalise (...) l'entrée administrative qui aussi va mettre un premier motif d'admission puis secondairement donc le patient est très vite vu par une infirmière d'accueil (...) qui va du coup euh suite à une procédure interne réaliser un entretien d'accueil euh complété par des on va dire premiers bilans cliniques (...) et elle transmet donc justement au médecin, le médecin régulateur du service pour en fait effectuer une priorisation du patient »* (Cadre des urgences). Une fois le patient traité, celui-ci peut-être amené à sortir (rentrer chez lui ou être transféré dans un autre établissement) ou à être hospitalisé dans la clinique. Il est parfois directement conduit au bloc opératoire. Dans ce cas, les acteurs du bloc opératoire se trouvent confrontés à une situation événementielle (bouleversement du programme opératoire dû à un ajout) pour laquelle toutefois, une réponse organisationnelle a été prévue. En premier lieu, le médecin urgentiste, lorsqu'il estime que l'état du patient nécessite une intervention chirurgicale, demande l'avis d'un spécialiste, le *« chirurgien de garde »* (il y en a un par jour par spécialité) : *« Il va appeler son confrère, il va lui dire voilà, il présente le patient, il donne toutes les caractéristiques, et c'est le chirurgien bien évidemment qui valide l'intervention »* (Cadre des urgences). Telles que les règles sont établies, c'est au chirurgien de garde de décider quel médecin prendra en charge l'urgence au sein du bloc

concerné. Une fois ce cadre défini, des procédures de transmissions d'informations sur cette « *mutation interne* » sont formellement instituées : « *Donc quand il y a une prise en charge au bloc opératoire donc là (...) on a un système informatique où en fait on les met, on les inscrit sur un, une file d'attente en fait du bloc opératoire comme ça le bloc opératoire est prévenu, ils savent qu'ils ont un patient d'urgence qui va être opéré, validé par tel chirurgien et après (...) c'est le bloc qui nous informe de l'heure du bloc opératoire et nous on prépare le patient en conséquence* » (Cadre des urgences). La coordination entre le bloc et les urgences implique donc l'alimentation d'un outil informatique de conception de l'organisation. La règle précise que le bloc adapte son programme opératoire à l'urgence qui s'ajoute et que le service des urgences doit ensuite respecter l'organisation prévue par le bloc.

Toutefois, l'application de ces procédures diffère selon le bloc étudié et en fonction des médecins de garde formellement désignés. La gestion des urgences peut ainsi potentiellement basculer d'une situation perturbée routinière pour laquelle une réponse organisationnelle a été définie à une situation perturbée pleine d'incertitudes dans laquelle les acteurs sont plongés dans une grande confusion.

**Encadré n° 67 - Le non-respect des procédures de prise en charge des urgences
(Bloc orthopédie)**

7h41. Sur le cahier de transmission. « Bonjour Claire [*prénom de la coordinatrice du matin*] (...) Dr Labro Mme DUBOIS [*nom d'une patiente ajoutée sur le programme*] w Bimalléolaire cheville Dte [= *double fracture de la cheville droite*] 4ème et. [= *en hospitalisation au 4ème étage*]. Tel soir de la part de l'urgentiste [= *c'est l'urgentiste qui a téléphoné hier soir au coordinateur pour l'informer de cet ajout*]. Intervention non prête. Voir horaire 10h00 ?? »

(...) **8h. En orientation.** La coordinatrice prend, sur le bureau, le numéro de Catherine, l'aide-opératoire du Dr Labro. Elle se rend dans le bureau du responsable de proximité. Celui-ci n'est pas encore arrivé. Elle appelle l'aide-opératoire et l'informe que Mr Labro vient ce matin. L'aide-opératoire n'était pas au courant. La coordinatrice: « C'est l'urgentiste qui a prévenu José [*prénom du coordinateur de la veille*] mais je n'ai pas d'information, j'ai pas d'horaire ». (...) **8h18.** De retour en orientation. La coordinatrice regarde sur l'outil informatique à quelle heure est programmée cet ajout : il est programmé à 10h. Une infirmière qui entre en orientation lui dit que c'est sans doute les urgences ou même le coordinateur d'hier soir qui l'a mis à 10h sur l'outil. La coordinatrice se plaint car elle n'a aucune information, dit-elle à sa collègue en montrant le cahier de transmission. (...) Le responsable de proximité entre en orientation, avant même d'entrer

dans son bureau. La coordinatrice : « Pour M. Labro, je n'ai aucune information, voilà ce que j'ai comme transmission ». Elle lui montre le cahier de transmission. Elle lui dit aussi : « J'ai appelé Catherine pour qu'elle soit prête ». Le responsable : « Elle ne savait pas ? ». La coordinatrice : « Non... ». Le responsable : « Bah on va l'appeler [*le Dr Labro*]. Je vais l'appeler ! ». (...) Une infirmière (celle potentiellement en salle avec le Dr Labro) entre en orientation : « Alors ? », demande-t-elle aussitôt. La coordinatrice lui répond : « Bah je sais pas ! ». L'infirmière : « Donc pour l'instant, tu bloques la salle ? ». La salle pourrait sinon servir pour faire tourner un autre chirurgien, mais tant qu'ils ne savent pas à quelle heure l'intervention va avoir lieu, ils sont contraints de réserver la salle. (...) **8h50**. En orientation. Le téléphone de la coordinatrice sonne : c'est le Dr Labro qui rappelle. « (...) C'est pour la fracture du malléolaire ! (...) Bah j'ai pas d'horaire ! (...) Ah vous êtes pas au courant, c'est encore mieux ! Je vais vous passer le Dr Nicol [*chirurgien de garde pour la semaine*] ». Elle va dans le couloir et lui passe le médecin. Elle revient en orientation. (...) Le Dr Nicol revient en orientation pour lui redonner son téléphone. « Alors ? » demande la coordinatrice au chirurgien. « Elle est en stand-by, on la fait pas pour le moment » lui répond celui-ci.

Cet extrait d'observation met en évidence d'importants problèmes dans la gestion des urgences au bloc orthopédie, du fait du non-respect des procédures par certains praticiens.

Au départ, face aux informations qu'elle possède, provenant de deux outils (le cahier de transmission et le programme opératoire informatisé), la coordinatrice appréhende en effet la situation à la lumière de la procédure qui régit la prise en charge des urgences chirurgicales : pour elle, le médecin urgentiste a contacté le chirurgien de garde qui s'est lui-même mis d'accord avec un chirurgien (le docteur Labro) pour qu'il fasse l'intervention. Ainsi, si elle se réfère uniquement à l'outil informatique, et compte-tenu de la règle en vigueur, elle doit organiser l'intervention pour 10h (c'est à cette heure que la procédure a été ajoutée par le service des urgences sur l'outil) et pour ce chirurgien en particulier. Mais l'annotation rédigée par le coordinateur du soir sur le cahier de transmission (« *10h00 ??* ») ainsi que son expérience de la gestion des urgences en temps normal au bloc orthopédie lui laissent à penser que le cadre organisationnel pour cette intervention n'est peut-être pas tout à fait arrêté. Dès lors, la coordinatrice se fie à son intuition et contacte un interlocuteur clé pour les infirmières lorsqu'elles veulent obtenir des informations détenues par les médecins sans les solliciter : l'aide-opératoire du chirurgien (au bloc orthopédie, les aides-opératoires sont des salariés des médecins et non de la clinique, nous l'avons vu au préalable). Celle-ci n'est pas au courant ce qui ne fait

que confirmer l'hypothèse qu'a posée la coordinatrice au départ : des incertitudes subsistent sur cette procédure. Or, ces incertitudes, bien qu'elles concernent une intervention fixée dans le futur proche, impactent le présent : la coordinatrice est contrainte de réserver une salle d'intervention par mesure de précaution, ce qui perturbe l'activité présente en empêchant une équipe en salle de tourner. Finalement, lorsque la coordinatrice s'adresse au médecin *a priori* concerné, elle réalise qu'il n'est lui-même pas au courant. Celui-ci, ne comprenant pas pourquoi il est sollicité, lui dira d'ailleurs : « *Mais c'est pas moi qui suis de garde !* » En fait, le problème vient ici d'un non-respect par le médecin urgentiste et par le médecin de garde de la procédure déployée pour réguler ce type d'événements. Alors qu'ils sont censés organiser la prise en charge de cette urgence entre eux, ils ont ici sollicité le coordinateur qui ne disposait pas de suffisamment d'informations pour fixer les modalités de l'intervention. A cela s'ajoute une coordination entre les équipes du soir et du matin très limitée (uniquement quelques mots sur un cahier de transmission, rédigés dans un langage abrégé). Le non-respect du dispositif formellement mis en place pour gérer les urgences fait donc passer les acteurs d'une situation perturbée routinière à une situation perturbée incertaine dans laquelle ils se démènent pour obtenir les informations. Cette problématique est perpétuellement soulevée par les acteurs du bloc orthopédie : « *On doit aussi gérer les urgences, c'est un gros souci, normalement il y a un protocole mais il n'est pas du tout respecté, (...) c'est à nous de gérer, on se retrouve au milieu du couloir à devoir "vendre" le truc* » (Infirmière de bloc) ; « *Normalement c'est le chirurgien de garde qui euh qui opère pas ce jour là euh il appelle euh un de ses collègues ou euh qui, qui travaille ce jour là... Bien souvent comme entre eux ils sont pas non plus euh... comme l'entente est pas super au top. (...). Ils préfèrent passer par nous. (...) Et si on va pas à la pêche aux renseignements bah on ne sait pas qui le fait, qui est-ce qu'ils mettent, quand euh...* » (Infirmière de bloc). Les acteurs se retrouvent ainsi confrontés à une difficulté majeure : il faut « vendre » l'urgence à un praticien et ce travail est rendu d'autant plus délicat qu'ils manquent souvent d'informations : ils n'ont pas toujours le nom du patient à prendre en charge, ils ne savent pas si le patient est au service des urgences ou en hospitalisation et, s'il est en hospitalisation, ils n'ont pas nécessairement le numéro de la chambre (nécessaire pour demander au brancardier d'aller chercher le malade), etc. Parfois, la seule information dont disposent les acteurs concerne le type d'intervention, expliquait une infirmière au cours de nos observations.

Nous ne reviendrons pas en détail sur la manière dont est ici régulée cette situation perturbée incertaine. Notons simplement que la réponse apportée est proche de celle que nous avons identifiée dans la partie précédente : logique d'intermédiation (contacter

l'aide-opératoire pour obtenir des informations), sollicitation du médecin pour obtenir l'avis définitif, identification de l'espace central comme lieu de regroupement et centre de réflexion des acteurs, rôle du téléphone pour obtenir immédiatement des informations auprès d'acteurs éloignés géographiquement, usage des outils pour légitimer ses actions, existence de conflits d'intérêts entre différentes situations (garder une salle par mesure de précaution pour prendre en charge un ajout versus obtenir cette salle pour tourner et donc avancer rapidement sur son programme opératoire).

La situation est différente en cardiologie, où le protocole mis en place sur la prise en charge des patients en urgence est davantage respecté.

Encadré n° 68 - Le rôle du médecin référent dans les services (Bloc cardiologie)

Bureau de la responsable. Le téléphone de la responsable de proximité sonne. C'est le médecin-référent de cardiologie pour la journée qui l'appelle. Il l'informe que le dernier patient prévu sur son programme opératoire cet après-midi est annulé pour raisons médicales (il en avait six, il n'en a plus que cinq). Aussi, le médecin du matin dans cette spécialité, qui a huit interventions de prévues, va lui en donner une, informe-t-il la responsable, afin de répartir de manière plus équitable l'activité entre les deux praticiens en salle 1.

Pour chaque journée opératoire, les cardiologues sont tour à tour nommés médecins-référents. Présents physiquement dans les services puisqu'ils y occupent un bureau, ceux-ci peuvent procéder à des changements dans la programmation du bloc cardiologie. Dans l'exemple présenté, le médecin-référent annule un patient (le sien) pour des raisons médicales. Mais pour les mêmes raisons, ce praticien peut également être amené à ajouter des interventions, lorsqu'il identifie dans les services d'hospitalisation (quels qu'ils soient) des patients en difficulté sur le plan cardio-vasculaire. « *Alors cas courant c'est, y a un patient qu'est dans les services. D'accord ? Le chirurgien passe et puis tout d'un coup on va dire, par exemple un patient qu'a, qui a un vaisseau bouché (...) et donc il faut effectivement le déboucher en urgence, ils vont l'emmener au bloc* » (chargé de projet ordonnancement) : les admissions opérées par le médecin-référent constituent donc un autre mode d'entrée en urgence possible au sein du bloc cardiologie. Si ce praticien peut générer des perturbations dans le programme opératoire à travers les décisions qu'il prend, ces événements sont toutefois formellement encadrés et gérés par celui-ci. On observe ainsi un contraste important entre l'ajout tel qu'il est pris en charge au bloc orthopédie et l'annulation telle qu'elle est annoncée par le cardiologue-référent. On le voit dans le cas présenté ici, le praticien initiateur des changements va lui-même prendre

contact auprès de ses pairs afin de s'organiser (se répartir les interventions pour lisser la charge de travail). Il ne contactera l'équipe (et plus précisément la responsable de proximité puisqu'elle est la seule, rappelons-le, à posséder un téléphone en main propre en cardiologie) qu'une fois les changements établis, afin de la prévenir (dimension d'alerte) et lui transmettre les informations importantes. Un interlocuteur privilégié est donc clairement identifié par tous les acteurs de cardiologie (du bloc comme des services) ce qui limite les incertitudes et facilite grandement la gestion des perturbations.

2.2. L'actualisation des réponses organisationnelles : la tentative du management de maintenir l'activité dans la trame préétablie

Dans cette section, nous allons montrer que les perturbations qui surgissent dans les situations dites « routinières » sont parfois générées par l'organisation elle-même lors de changements dans les procédures qui régissent les actions en situation normale. Ces modifications vont impacter temporairement les pratiques des acteurs et vont constituer à leurs yeux une perturbation importante dans leur travail. Les personnels ne sont pas pour autant plongés dans l'incertitude, la nouvelle procédure leur est transmise très clairement. Or, nous allons voir que ces actualisations des règles procèdent souvent de nouvelles réponses organisationnelles apportées par le management qui visent à maintenir l'activité dans la situation dite « normale », notamment en cadrant les comportements des médecins. Nous constaterons dès lors que ces dispositifs placent le management dans une position inconfortable, en porte-à-faux entre les intérêts de la direction, des médecins et de son équipe.

2.2.1. Des changements dans la structure formelle, source de perturbation

Les procédures qui guident les actions des acteurs en situation dite « normale » sont fréquemment actualisées, nous allons le voir à présent, et certaines surviennent tandis que d'autres disparaissent, constituant ainsi des perturbations importantes pour les acteurs.

Encadré n° 69 - Adaptation des procédures en matière de qualité et divergences d'intérêts équipe d'aides-soignantes du plateau technique/direction (Bloc orthopédie)

Bureau de la responsable du plateau technique et des soins. Lors d'une réunion entre les responsables de bloc et la directrice des soins et du plateau technique, l'actuel responsable du bloc orthopédie, également en charge des aides-soignantes (AS) du plateau technique, questionne la directrice sur un problème lié à la maintenance du matériel : « après la maintenance, faut-il relaver et redésinfecter le matériel ? », ce qui constituerait pour les AS une longue procédure supplémentaire, explique le responsable. La directrice

lui répond que « c'est obligatoire ». (...) Le responsable des AS se rend en endoscopie (une salle dans laquelle les AS nettoient les endoscopes). Il transmet les nouvelles instructions de la directrice des soins et du plateau technique. Une AS lui explique que les autres années, elles nettoyaient les endoscopes seulement si l'acteur chargé de la maintenance avait effectivement réparé les instruments ; lorsqu'il se contentait de les vérifier, elles supposaient qu'il ne les touchait pas, et qu'il était donc inutile de les relaver. Le responsable les remercie, il va retourner voir la directrice des soins pour lui donner ces nouvelles informations. (...) Il retourne dans le bureau de la directrice. Il lui transmet les explications de l'AS au sujet du nettoyage des endoscopes après la maintenance. Elle décide que c'est une mauvaise manière de fonctionner et que tous les endoscopes devront être relavés après la maintenance même s'ils sont juste observés : ce qui était fait les autres années « n'est pas bien ». Afin de ne pas les décourager, le responsable des AS décide alors de diviser la journée de maintenance en deux pour alléger le travail des AS qui devront nettoyer le matériel après son utilisation dans la journée et relaver le même matériel après maintenance... Il prévient la maintenance de la décision prise par la directrice des soins et du plateau technique et lui demande de ne venir que le lundi matin pour le moment. Au cours de son appel, on sent bien qu'il n'est pas en accord avec cette décision, qu'elle lui pèse, mais qu'il est obligé de la transmettre « je suis pris entre deux » ; « c'est bien ce que je lui ai dit » ; « je suis d'accord avec toi, mais... ».

L'extrait précédent met en évidence une situation dans laquelle les procédures de travail relatives à la maintenance et au lavage des matériels sont actualisées. A ce titre, on observe que les réunions entre les responsables s'établissent comme un moment privilégié pour opérer des changements dans la règle. Ces modifications de procédures constituent une perturbation importante pour les personnels du service d'endoscopie puisqu'elles conduisent à une remise en cause de leurs pratiques actuelles : dans cette perspective, le responsable s'organise pour que le changement soit progressif, de façon à « *ne pas les décourager* ». Comprenant les problématiques de l'équipe, il joue sur les seules marges de manœuvre dont il dispose (organisation de la journée de travail : lisser la charge pour les AS en scindant la journée de maintenance en deux). L'extrait met ainsi en évidence la position délicate dans laquelle se trouve le manager de proximité, coincé entre les intérêts de l'équipe et de la direction (« *je suis pris entre deux* ») et finalement contraint de faire appliquer une procédure avec laquelle il n'est pas pleinement en accord. Effectivement, nos résultats révèlent que l'actualisation des procédures donne lieu à des tensions et des conflits importants entre équipe et direction, ici traduites par l'existence de certaines incompréhensions : tandis que l'équipe mobilise le registre de l'expérience pour légitimer

sa pratique (« *les autres années* »), la direction a recours, quant à elle, à la règle formelle (« *c'est obligatoire* », registre de la prescription).

Et finalement, l'actualisation de la procédure poursuit un objectif bien particulier : si la responsable des soins et du plateau technique décide que « *ce qui était fait les autres années "n'est pas bien"* », c'est parce que cette pratique peut comporter des risques et donc potentiellement générer des perturbations importantes. En actualisant la règle, la directrice tente ainsi de s'assurer que les pratiques des acteurs d'endoscopie n'engendreront pas d'éventuels problèmes par la suite. Or, en tâchant d'éviter que les aléas se produisent, elle cherche à maintenir l'activité dans la situation dite « normale » : effectivement, nos résultats montrent que les nouvelles procédures ou les nouveaux outils de gestion mis en œuvre poursuivent largement cet objectif. C'est à cette proposition que nous allons à présent nous intéresser.

2.2.2. Des réponses organisationnelles apportées qui évoluent : la volonté de « solutionner les problèmes »

Il apparaît que les perturbations engendrées par l'actualisation des règles proviennent notamment de la volonté du management de réduire l'apparition de certains événements, de solutionner définitivement des problèmes, afin de maintenir l'activité réelle dans la situation dite « normale », celle qui n'est pas perturbée et au sein de laquelle les acteurs sont en possession de l'ensemble des informations nécessaires. Reprenant le jargon de soignant qui est le sien, une responsable d'unité de soins affirmait ainsi : « *Il faut qu'on arrive à faire du curatif. Parce qu'à force de faire du palliatif, on va finir par faire du palliatif au palliatif. [Rires] Non mais c'est vrai hein ? (...) Chercher à ce que la faute ne se reproduise pas. Voilà. Donc solutionner le problème, ne pas pallier au problème. (...) [Chercheur : Ca passe par quoi de solutionner un problème ?] Alors ça dépend du problème, ça peut-être par exemple une procédure qui n'est pas assez connue, sur laquelle il faudrait ré-insister en réunion, auprès des équipes. Donc comme cette procédure n'est pas assez connue, il y a des défauts de prise en charge, ou de, de communication entre services. Donc ça pourrait, ça peut être ça. (...) Alors, soit (...) mettre en place une procédure (...) Après euh sur par exemple un rasage qu'est mal fait, là c'est pas la peine de mettre une procédure en place, là c'est du rappel au service, c'est-à-dire qu'il y a une méconnaissance de la procédure existante ».* » (Responsable d'unité de soins). Deux cas de figures se présentent ainsi aux responsables : soit la procédure existe mais elle est méconnue des acteurs et il faut dans ce cas procéder à un rappel (et les réunions semblent dès lors appréhendées comme des moments privilégiés

pour rappeler ces règles), soit la procédure n'existe pas et il faut dans ce cas la mettre en place.

Ces règles doivent notamment permettre de cadrer la relation avec les médecins et d'éviter les dérives de leur part, face à la structure organisationnelle définie par le responsable. Cette tentative du management de maîtriser les comportements des chirurgiens passe notamment par la mise en place d'outils spécifiques. Aujourd'hui, les médecins sont contraints par l'outil informatique lorsqu'ils planifient leurs vacations puisque la plage horaire sur laquelle ils peuvent positionner des interventions est limitée de 8h à 18h, afin d'éviter que les personnels ne terminent leur journée de travail au-delà des horaires officiels. Toutefois, malgré cette disposition, il n'est pas rare aujourd'hui encore que le « *programme froid* » (patients programmés pour la journée, ne tient pas compte des urgences) prenne un retard important, nous l'avons vu précédemment. La stratégie développée par les médecins dans ce cadre est en effet de jouer sur la durée des interventions pour pouvoir en placer davantage sur leur journée opératoire de manière à optimiser leur présence au bloc : « *C'est vrai que les temps opératoires, on le dit, c'est pas ce temps là, il faut que ça tienne dans les grilles* » (Infirmière de bloc). Ils sous-estiment ainsi largement les temps opératoires et ne tiennent bien souvent pas compte des périodes d'installation et de désinstallation de la salle. Dès lors, d'autres dispositifs sont envisagés par l'organisation.

Encadré n° 70 - Maintenir les pratiques des médecins dans le cadre organisationnel établi à travers l'usage d'outils (Bloc cardiologie)

Au sein du bureau de la responsable. J'échange avec la responsable de salle de réveil venue voir avec la responsable de cardiologie. Elle m'explique que le système d'information de la clinique devrait normalement permettre, sous peu, de programmer la durée des opérations de manière automatique. C'est un groupe de travail, qui a été constitué dans la clinique, qui a associé une durée pour chaque procédure et ce quelque soit le médecin, permettant ainsi d'avoir un programme avec des temps d'interventions plus fiables, d'autant plus que les temps d'installation et de désinstallation seront désormais compris dans ces durées programmées (ce que les médecins ne prévoient pas, eux, lorsqu'ils saisissent la durée prévisionnelle de l'intervention ce qui fait que les durées sont très disparates selon les chirurgiens). « On va voir comment les médecins vont réagir » me confie-t-elle.

Dans cette perspective, l'extrait d'entretien en situation proposée ici relate l'existence d'un projet de standardisation des durées opératoires par l'outil qui permettrait de « contrer » la stratégie opérée par les médecins pour maintenir des programmes opératoires extrêmement

chargés, ce qui est source de constantes perturbations par rapport à la trame organisationnelle établie. Par ailleurs, cette fonctionnalité de l'outil devrait permettre de standardiser le matériel utilisé pour chaque procédure, toujours dans l'optique de limiter les perturbations en agissant sur les pratiques des médecins. Ainsi, l'outil vise à ce que la structure organisationnelle à mettre en œuvre pour une intervention soit systématiquement la même et donc connue de tous : *« On a prévu les temps opératoires et ça sera inchangeable, le temps de réfection de la salle, tout sera paramétré. (...) Donc tout est fait, y a plus qu'à re-renter les données, on a tout validé, c'est-à-dire que j'ai pris toutes les interventions, je les ai formalisées toutes de la même façon, tout est fait »*. (Chargé de projet ordonnancement).

Finalement, ces nouvelles réponses organisationnelles, qui constituent, à leur application, une perturbation par rapport à la situation normale (actualisation), concernent bien souvent la régulation des rapports avec le médecin. Pour identifier les problématiques récurrentes et les solutionner, un comité constitué de représentants des médecins comme du management a ainsi été mis en place : *« Ça fait (...) 3 ans, 4 ans, que je participe aux... comment ça s'appelle, le CUPT ! Comité... des Utilisateurs du Plateau Technique. Qui n'a aucun... pas de pouvoir décisionnel, hein. Mais qui émet des sujets, des idées... Dans ce CUPT, il y a un praticien, un chirurgien on va dire de chaque spécialité, un médecin anesthésiste, qui est d'ailleurs président du CUPT, [l'ancienne Directrice des soins et du plateau technique], moi (...). Et c'est... on se réunit quoi, 3 - 4 fois par an, c'est toujours, toujours les mêmes sujets avec pas de réponse. C'est la gestion des urgences, c'est les dépassements de programmes, en chirurgie programmée, les dépassements de vacations on va dire. Voilà »* (Ex-responsable du plateau technique, démissionnaire). Toutefois, on le voit dans cet extrait d'entretien, ce dispositif ne connaît pas le succès escompté, n'étant pas formellement doté d'un pouvoir de décision. Les réponses organisationnelles proposées, lorsqu'elles ne demeurent pas à l'état de projet, ont alors bien du mal à trouver un écho favorable auprès des praticiens. Les responsables de proximité se heurtent dans cette perspective à des difficultés récurrentes : ces dispositifs visent à asseoir leur autorité face aux médecins, mais ils les placent paradoxalement dans une position extrêmement délicate puisque ces managers se retrouvent seuls au bloc opératoire pour les faire appliquer auprès de médecins qui n'y trouvent pas toujours leur intérêt.

Encadré n°71 - L'actualisation des procédures et la position du responsable de proximité face aux médecins (Bloc orthopédie)

En salle d'orientation. Le responsable de proximité donne des explications sur le matériel aux infirmières présentes : un des chirurgiens, le Dr Balande, demande une « canadienne » (= la tenue stérile du chirurgien pour opérer) en plus sur le caddie, une « canadienne renforcée ». Pour diminuer les coûts, le bloc a en effet changé un « pack » pour une intervention (une PTG) mais la « canadienne » prévue dans ce pack ne convient pas à ce chirurgien : il n'aime pas la matière du nouveau modèle. Il en fait ouvrir une (l'ancien modèle) qu'il préfère à côté de celle prévue dans le pack. Cet ajout coûte 3 euros à chaque fois, précise le responsable. L'économie réalisée sur le changement de modèle est donc reperdue du fait du comportement de ce médecin.

2 jours plus tard. En orientation. Les infirmières et le responsable reparlent du problème de la « canadienne ». « Si tu lui redonnes une « canadienne renforcée, » on revient au prix d'avant », déclare le responsable. Il demande ainsi à l'infirmière de caddies de ne pas ajouter cette « canadienne » supplémentaire sur le caddie du médecin en question. Le responsable explique qu'il est allé voir le Dr Balande avec les nouvelles canadiennes et a réussi à le convaincre. Une infirmière acquiesce : « Des fois, c'est juste psychologique ! ». Le responsable conclut : « Il a dit, du coup, "je réessaye" ».

De nouveau 2 jours plus tard. L'infirmière de caddies entre dans le bureau du responsable : « (...) M. Siloret, il prend 2 canadiennes en plus pour la PTG ». Un autre chirurgien pose ainsi problème. Le responsable, exténué lui répond : « Donnez leur, donnez leur, je vois avec la pharmacie après et ils se démerdent ! ».

Dans cette situation, le manager de proximité éprouve de grandes difficultés à faire appliquer une procédure instaurée par la direction : la mise à disposition d'un nouveau matériel (une tenue opératoire), sélectionné pour des raisons économiques, et que l'ensemble des chirurgiens doit utiliser, sans dérogations possibles. A travers cette nouvelle directive, le management tente d'agir sur les singularités des pratiques des médecins en les encadrant, donc cherche à réduire le nombre de perturbations rencontrées au bloc opératoire. Malgré cette règle formelle, les chirurgiens exercent une pression sur les membres de l'équipe pour ne pas se plier à cette procédure en exigeant un matériel spécifique et plus coûteux (ils ne raisonnent pas quant à eux en termes économiques mais se préoccupent davantage de la qualité et du confort du matériel qu'ils utilisent lorsqu'ils opèrent). Le manager, nous le voyons dans cet extrait d'observation, tente de faire appliquer cette nouvelle disposition mais face aux tentatives répétées des médecins pour la contourner, il finit par lâcher prise - « *donnez leur, donnez leur* ». L'équipe est-elle aussi

mise en porte-à-faux entre les règles qu'elles se voient imposer par son management et les exigences dictées par des chirurgiens qui n'y trouvent pas leur intérêt, et elle est ainsi amenée à arbitrer entre ces deux sources de pouvoir. La règle, bien loin de s'ériger en soutien pour le responsable de proximité, constitue dès lors davantage une source de tension supplémentaire dans sa relation aux praticiens. En outre, sa tâche est rendue d'autant plus délicate qu'il est exclu des échanges qui se déroulent sur cette question, au sein des salles d'opérations, entre médecins et personnels.

Finalement, si la direction de la clinique s'évertue à discipliner les médecins, en tentant de standardiser leurs pratiques afin de maintenir l'activité dans la situation dite « normale », peu de dispositions sont en revanche prises par l'organisation pour soutenir le manager et son équipe dans la relation aux médecins lorsque la situation se dégrade : *« Il y a la charte du plateau technique qui existe, (...) qui règlemente les vacations opératoires, enfin les temps de vacations et tout ça. (...) Est étudié en ce moment des... des pénalités pour dépassement de vacations opératoires, des pénalités financières. On en parle depuis 3 ans. Au moins. Ça n'a jamais été mis en place. C'est peut-être pas facile à mettre en place »* (Ex-responsable du plateau technique, démissionnaire).

*

Dans cette section, nous avons signalé l'existence de nombreux dispositifs déployés par l'organisation pour soutenir les acteurs lorsqu'ils font face à des perturbations. Nous avons ainsi décrit plusieurs outils et procédures mis en œuvre dans l'optique de limiter les incertitudes, en favorisant le partage des informations et en redonnant au cadre de proximité et à son équipe des marges de manœuvre sur les problématiques organisationnelles. Nous avons, en outre, montré que certaines réponses ont été développées par l'organisation pour faire face à des perturbations récurrentes : il en est ainsi des procédures qui définissent les responsabilités de chacun en période d'aléas (médecin-référent pour la gestion des urgences, coordinatrice pour les perturbations attenantes au matériel, etc.). L'existence de ces réponses organisationnelles donne naissance à un agencement particulier : les outils sont fortement mobilisés et de façon plutôt conforme à l'usage prévu par l'organisation ; les échanges se déroulent à titre principal sous la forme de prescriptions (provenant des acteurs qui se sont vus conférer des responsabilités en situations perturbées). Les dispositifs mis en place posent toutefois la question de la maîtrise des comportements des médecins par le management car ces derniers ne respectent pas toujours les règles en vigueur, ce qui crée des perturbations supplémentaires pour les acteurs contraints de les réguler sans avoir l'ensemble des informations à disposition (exemple de la gestion des urgences ou des outils de partage

déployés par l'organisation que les médecins n'alimentent pas : l'activité sort alors de la situation perturbée routinière). Dans ce cadre, l'organisation s'évertue à discipliner les médecins, en cherchant à standardiser leurs pratiques : le déploiement de réponses organisationnelles en situation perturbée s'accompagne ainsi fréquemment d'une réflexion sur l'actualisation des procédures. Mais les réponses organisationnelles mises en œuvre visent alors surtout à maintenir l'activité dans la « situation normale » : peu de dispositions sont prises en revanche pour soutenir les équipes et le responsable de proximité dans la relation au médecin lorsque la situation s'écarte de ces procédures. Ces nouvelles règles établies par l'organisation génèrent dès lors des perturbations supplémentaires pour les acteurs mais sont aussi source de tensions importantes entre le management, les médecins et les équipes, plaçant le responsable de proximité dans une position très inconfortable.

Résumé du chapitre 6

Le chapitre s'attache à caractériser les agencements organisationnels des situations perturbées. Nous montrons que le besoin de coordination en situations perturbées est très important : il s'agit de recueillir des informations sur la situation pour prendre une décision, puis communiquer celle-ci aux différents acteurs concernés pour la mettre en œuvre. Nous distinguons deux types de situations perturbées : celles qui n'ont pas été « pensées » par l'organisation et les situations « routinières » pour lesquelles une réponse organisationnelle a été déployée.

L'analyse des situations perturbées « impensées » nous conduit toutefois à **mettre l'accent sur le rôle joué par un certain nombre de dispositifs formels dans la gestion de la perturbation** : l'espace de travail central est notamment appréhendé comme le **centre de coordination** du bloc opératoire en situations perturbées présentant des incertitudes, au cœur duquel se déroule l'ensemble des échanges (transmissions d'informations, arbitrages, élaborations de propositions...) visant à réguler le problème. **L'accent est également mis sur le rôle de « médiation » joué par certains outils que les acteurs adaptent à leurs besoins** (flexibilité ; dimension d'alerte).

La description des agencements organisationnels observés dans les situations perturbées « routinières » nous amène à appréhender la grille d'analyse de l'activité de façon dynamique. En effet, **si nous pointons l'existence de certains dispositifs déployés par l'organisation pour réguler les perturbations récurrentes** (procédures qui régissent le partage des informations et définissent les responsabilités dans la prise en charge de la perturbation (rôle dans ce cadre des acteurs « hors-salles », non affectés à un programme opératoire, et notamment de la « coordinatrice ») ; outils de coordination (rares)), **nous montrons toutefois que l'activité peine à se maintenir dans ces situations** et bascule souvent vers les situations perturbées présentant des incertitudes. La mise en place de ces réponses organisationnelles pose en effet la question de la maîtrise du comportement des médecins (limiter la singularité des pratiques des médecins ; les enjoindre à respecter les règles et à alimenter les outils déployés ...). Dans ce cadre, les dysfonctionnements observés en situations perturbées routinières procèdent fréquemment de l'actualisation des procédures par le management pour faire face à ce problème. Or, on note sur ce plan que peu de dispositifs formels ont été déployés pour réguler les relations avec les médecins lorsque des perturbations se présentent ; **l'instrumentation mise en œuvre est surtout tournée vers le maintien de l'activité dans la situation « normale », vers l'empêchement de la survenue de perturbations.**

Conclusion générale du travail de terrain : vers une lecture dynamique de la grille proposée

Pour rendre le propos plus intelligible, nous avons dans ce travail présenté les quatre types de situations de gestion que nous avons identifiées de façon distincte, conférant à la grille proposée un caractère figé. Pour autant, c'est bien dans une perspective dynamique que celle-ci doit être appréhendée : une même situation peut ainsi passer à tout instant d'un état « normal » à un état « perturbé » et vice-versa. De la même manière, les acteurs impliqués dans une situation pour laquelle ils pensent être en possession de l'ensemble des informations peuvent être soudain plongés dans une profonde incertitude au regard de l'évolution de la situation, et inversement. Ainsi, les agencements organisationnels qui se construisent en situation visent justement à faire évoluer cette dernière, en tâchant, face à des incertitudes, de recueillir les informations manquantes ou de fournir une réponse aux questions restées en suspens, mais surtout en s'attachant, face à des perturbations, à ramener la situation à la « normale ». La figure proposée à la page suivante (figure n°13) synthétise finalement les agencements organisationnels qui se construisent au sein des différentes situations de gestion identifiées et restitue à la grille cette perspective dynamique.

Quels résultats peut-on tirer de cette première analyse du cas étudié, compte-tenu de l'objet de recherche qui nous intéresse dans la thèse ? Dans les premiers chapitres, nous avons précisé les deux visées poursuivies par la présente recherche : il s'agit tout d'abord de décrire la façon dont les acteurs d'un bloc opératoire se coordonnent dans le contexte d'industrialisation des soins, et notamment lorsqu'ils sont confrontés à des événements. C'est à ce travail que nous nous sommes attelée dans les chapitres 4, 5 et 6, et que nous allons poursuivre, de façon plus analytique, dans les deux prochains chapitres. En outre, l'étude de terrain doit permettre de procéder à un retour critique sur l'organisation et d'aboutir à des recommandations concrètes. Ce sont à ces considérations que les chapitres 7 et 8 vont s'attacher, en mettant en perspective ces résultats de terrain et le cadre théorique retenu dans ce travail.

Figure n° 13 - Les agencements organisationnels des quatre types de situation identifiés : une lecture dynamique



CHAPITRE 7 :

LA STRATÉGIE DE LA GESTION DES RISQUES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SES CONTRADICTIONS : UN ÉCLAIRAGE PAR LES SITUATIONS DE GESTION

Notre travail de recherche interroge les modalités de coordination au sein des établissements de santé dans un contexte particulier que nous désignons sous le terme d'« industrialisation des soins » pour faire référence à l'introduction d'un grand nombre d'outils de gestion issus de l'industrie dans ces organisations. Nous avons, dans les chapitres précédents, fait état de la façon dont cette question a été travaillée d'un point de vue gestionnaire (à partir des travaux de Mintzberg, 1982 et de Minvielle, 2000 ; 1996) mais surtout sociologique (Strauss, 1992a ; Grosjean & Lacoste, 1999). Strauss (1992a) l'a notamment abordée à travers le concept d'« *articulation* ». Il appréhende l'activité de soins en se focalisant sur les interactions entre les acteurs, de manière assez similaire aux choix méthodologiques que nous avons faits. Toutefois, notre travail se différencie de Strauss (1992a) au sens où nous avons choisi, en mobilisant les concepts d'agencements organisationnels et de situations de gestion proposés par Girin (1995, 1990a, 1983a), de questionner les interactions des acteurs dans leur contexte organisationnel, ce qui nous a conduit à interroger le rôle du management sur cet aspect, ainsi que les règles et les « dispositifs de gestion » en place, c'est-à-dire, les « *arrangements dans le temps et dans l'espace des personnes et des choses* » (Moisdon, 2005, p. 239). C'est donc sous l'angle des Sciences de gestion que nous avons choisi d'aborder le problème en interrogeant le travail d'articulation « *situé* » organisationnellement pour faire écho aux travaux de Lorino et Teulier (2005, p. 13).

Ce cadre théorique nous a amenée à appréhender les modes de coordination adoptés au sein d'un établissement de santé à travers une grille d'analyse de l'activité particulière. Dans cette perspective, l'accent a été mis sur un double enjeu pour le management de l'établissement étudié : la gestion des événements et le partage des informations nécessaires à la compréhension des situations dans lesquelles chaque acteur se trouve impliqué. Dans ce chapitre, nous nous proposons dans une première partie de repartir de cette grille d'analyse pour remonter vers l'organisation en examinant la façon dont le management de la clinique étudiée et plus généralement celui des établissements de santé ainsi qu'à niveau plus macro, les tutelles, se positionnent sur ce double enjeu. Nous montrerons que la stratégie de gestion des événements portée par les établissements de santé semble davantage tournée vers « *l'anticipation* » que la « *résilience* » (Wildavsky, 1988). Pourtant, cette stratégie se heurte au caractère intrinsèquement singulier de la situation de gestion. Dès lors, nous reviendrons dans une seconde partie sur le travail réalisé par les acteurs lorsque l'activité s'écarte de ce que l'organisation appréhende comme la « situation de référence » pour, dans le chapitre suivant, porter notre réflexion sur la nature des ressources organisationnelles à mettre à la disposition des personnels dans ce cadre.

1. ANALYSE DE LA GRILLE DE LECTURE PROPOSÉE ET INCIDENCES SUR LA STRATÉGIE DE GESTION DES RISQUES AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Dans cette section, nous nous proposons de repartir des écrits de Strauss (1992a) sur la coordination à l'hôpital et d'étudier la façon dont nos résultats de terrain appellent à porter un autre regard sur la question (1.1). C'est à la lumière de ces réflexions que nous reviendrons sur la grille de lecture proposée dans les chapitres précédents et examinerons ce qu'apporte le concept de situation de gestion à l'analyse mais également la façon dont nos travaux viennent enrichir les écrits autour de cette notion (1.2). Ces considérations nous conduiront finalement à appréhender les différents cadrans de la grille d'analyse dans un rapport dynamique afin de questionner l'organisation en retour et particulièrement la conception de la gestion des situations perturbées portée par le management des établissements de santé (1.3).

1.1. Réflexions à partir des écrits de Strauss : la reformulation du problème

Dans le chapitre 2 de la thèse, nous avons montré que Strauss (1992a) distingue dans ses travaux différents niveaux d'articulation, selon les catégories professionnelles en action : médecin, management de proximité (« *surveillante* ») et opérationnels. L'auteur relativise toutefois ce classement, en indiquant que ces différentes catégories d'acteurs peuvent chacune intervenir aux trois niveaux d'articulation qu'il suggère. Il nous semble dès lors plus pertinent de caractériser les différentes sources d'articulation du travail selon un nouvel axe qu'il nous faut identifier. Au regard de nos résultats de terrain, nous suggérons d'appréhender ces différents niveaux selon un axe temporel, le temps constituant, nous allons le voir par la suite, une dimension saillante de la situation de gestion. On peut alors discerner dans les organisations de soins un travail de « structuration » de l'activité, tourné vers le futur, élaboré par le médecin et précisé par le management mais dans lequel les personnels peuvent également être impliqués (par exemple sur les plannings des personnels, avec nous l'avons vu des outils d'auto-organisation au sein de l'équipe, tels la « *fiche de modification des jours travaillés* »). Cette structuration de l'activité va s'inscrire, dans le présent, dans des outils de gestion particuliers (par exemple, « *le programme opératoire* »), dont la visée est explicitement normative (telle opération doit avoir lieu à telle heure, avec telles ressources (humaines, matérielles...)). Dans les « *cours d'actions*¹⁴⁰ » (Theureau, 2005), nous pouvons également mettre en exergue l'existence

¹⁴⁰ Mobiliser ce concept des « *cours d'action* », n'est pas neutre. C'est porter un regard sur l'organisation à travers le prisme de l'« *activité* », nous l'avons montré au chapitre 2. J. Theureau (2005) qualifie ainsi le « *cours d'action* » comme le cours d'expérience d'un acteur à un instant t.

d'un travail d'articulation locale ou « *opérationnelle* », pour reprendre l'expression de Strauss (1992a), pris en charge par les équipes (les « opérationnels »).

Ce travail d'articulation opérationnelle est une constante de l'activité mais l'auteur montre qu'il est particulièrement important dans la gestion de l'aléa. Nos résultats révèlent quant à eux que le besoin d'articulation opérationnelle est extrêmement réduit lorsque l'activité se déroule conformément à la trame préétablie. L'« industrialisation des soins » a fait son chemin et elle a engendré au sein des établissements de santé un foisonnement d'outils de gestion aujourd'hui de plus en plus informatisés qui assurent la coordination entre les unités dispersées géographiquement. En situation normale, l'activité se déroule conformément à la manière dont elle a été structurée et les acteurs sont alors fréquemment engagés dans des actes de consultation des outils pour accéder à cette trame préétablie. La procédure constitue une grille de lecture et d'interprétation des comportements des pairs afin de s'y ajuster et si le mode de coordination proposé ici s'apparente à l'« *ajustement mutuel* » de Mintzberg (1982), c'est davantage à travers une coordination visuelle que par voie de « *communication informelle* » (p. 19) que s'opère l'agencement des tâches. En effet, nous avons souligné la faible part des échanges langagiers portant sur le travail dans les situations normales.

Compte-tenu de ces constats, il semble particulièrement opportun d'interroger les modes de coordination lorsque les situations sont dites « perturbées » puisque la structuration de l'activité sur laquelle prend principalement appui la coordination en situation normale est dès lors déstabilisée. Pour faire référence au travail d'articulation mis en œuvre par les personnels pour prendre en charge les situations perturbées, nous emploierons le terme de « travail de régulation locale ». Ainsi, la notion de « régulation », porteuse de multiples significations, évoquera dans notre cas tout le travail réalisé en situation par les personnels pour atteindre les résultats poursuivis¹⁴¹ en dépit des perturbations qui se présentent à eux. L'expression « locale » permettra quant à elle de faire référence à une unité de temps et de lieu spécifique, conformément au concept que nous avons retenu dans la thèse : la situation de gestion¹⁴² (Girin, 1983a). Et c'est bien dans son contexte organisationnel que nous examinerons ce travail de régulation locale : dans cette perspective, nous allons dans la suite de notre propos revenir sur la grille d'analyse proposée dans les chapitres précédents et étudier la façon dont elle invite à appréhender

¹⁴¹ Le « risque » est alors celui de ne pas atteindre l'objectif ou le résultat poursuivi. Ainsi, nous nous appuyons ici sur la définition du risque que proposent Demeestère et Lorino (2000) : la « *non-atteinte d'un objectif* ».

¹⁴² Selon Girin (1983a), la notion de situation de gestion est « *locale* », nous le verrons par la suite.

cette question, en premier lieu en considérant l'organisation comme une ressource dans chacun des cadrans.

1.2. Retour sur la grille d'analyse proposée

Nous souhaitons dans cette section revenir sur la grille d'analyse à partir de laquelle nous avons appréhendé les modes de coordination adoptés au bloc opératoire pour, dans la prochaine section, mettre en lumière ce que révèle cette grille de l'organisation en place et du regard que porte le management de l'établissement sur la gestion des événements. Dans un premier temps, nous allons revenir sur la conception de la réalité observée portée par la grille. Dans un second temps, nous préciserons notre propos en décrivant les principaux attributs des situations de gestion : nous présenterons ainsi ce qu'apporte notre travail à la réflexion autour des situations de gestion. Nous concluons cette section en restituant à la grille sa perspective dynamique.

1.2.1. L'organisation comme ressource dans chacun des cadrans

Si nous avons ici fait le choix de rappeler, en les reformulant, les différents niveaux d'articulation proposés par Strauss (1992a), c'est parce que l'éclairage théorique que nous suggérons, pour analyser cette question des modes de coordination au sein d'une clinique privée, se situe à la croisée des deux niveaux d'articulation que nous avons identifiés.

Strauss (1992a) ne questionne pas les interactions entre les différents niveaux d'articulation qu'il propose. Chacun des niveaux est un soubassement du niveau précédent qui vise à le compléter, à le préciser, voire à le modifier lorsque des perturbations surviennent. En revanche, quel rapport entretient la structure organisationnelle (le programme, la répartition des tâches...) avec le travail d'articulation opérationnelle ? Cette trame préétablie constitue-t-elle un « *empêchement* »¹⁴³ (Clot, 2010 ; 2001) ou s'érige-t-elle au contraire comme un soutien, « *une carte routière, indispensable pour s'orienter* » (Zarifian, 1995, p. 42) ? Sur ces questions, l'auteur ne nous semble pas apporter de réponse.

La grille de lecture du terrain que nous proposons vise au contraire à appréhender le travail de régulation locale sur ce double niveau, tout en distinguant les différentes natures de situations dans lesquelles les acteurs peuvent être plongés au quotidien. Le recours au fondement théorique de la situation de gestion est ainsi essentiel pour ne pas tomber dans le piège qu'offre une lecture trop succincte de cette grille. L'on pourrait en

¹⁴³ Clot (2001) caractérise « *l'empêchement* » comme une destruction du pouvoir d'agir (p. 48).

effet être tenté d'apparenter l'activité qui se déroule en situation dite « normale » au niveau d'articulation supérieur proposé par Strauss (1992a) et que nous avons assimilé à un « travail de structuration », tandis que l'activité en situation dite « perturbée » correspondrait au « *travail d'articulation opérationnelle* ». Ce n'est pas le sens que nous avons voulu lui donner ici. Chaque cadran renvoie à une situation de gestion de nature particulière. Or, cette unité s'érige comme « *un échelon d'analyse intermédiaire qui fait le lien entre la perspective individuelle et le construit organisationnel* » (Journé & Raulet-Croset, 2004, p. 3), nous l'avons montré dans le chapitre 2 de la thèse. L'activité à laquelle nous nous intéressons est donc délibérément collective et si c'est le travail « réel » qui nous intéresse, notre posture de gestionnaire n'envisage pas celui-ci sans le contexte organisationnel dans lequel il s'inscrit. Au sein de chacun des cadrans, nous avons ainsi analysé l'activité du point de vue des acteurs en étudiant le cadre organisationnel défini (les règles, les outils, les espaces...) et la manière dont il constitue une ressource pour le travail (Clot, 2005, p. 197) en venant le soutenir mais aussi parfois l'empêcher. A chaque type de situations correspond ainsi un agencement organisationnel particulier, constitué de ressources humaines, matérielles et symboliques. Nous chercherons dans ce travail à préciser le lien que nous faisons entre ces deux concepts proposés par Girin (1990a ; 1983a ; 1995), ce dernier n'ayant pas distinctement explicité cette relation dans ses écrits¹⁴⁴.

1.2.2. Les dimensions saillantes de la situation de gestion dans les établissements de santé

Nous suggérons ici de revenir sur les quatre types de situations de gestion identifiés, à partir desquels nous analysons l'activité de soins dans son contexte organisationnel, et d'en étudier les principaux attributs. Au regard du caractère dynamique de la grille proposée, déjà mis en évidence dans la conclusion de nos résultats de terrain, notons d'emblée que ces dimensions saillantes présentent un caractère instable. Nous y reviendrons dans la suite de notre propos.

Dans ce travail, nous avons retenu deux axes qui nous ont paru particulièrement discriminants pour distinguer, au sein des établissements de santé, à la fois la nature de l'activité qui se déroulait dans les cours d'action mais aussi le type de ressources auxquelles les acteurs faisaient alors appel.

¹⁴⁴ Girin explicite très largement ces deux concepts mais dans des articles bien distincts, sans les mettre en relation. Ceux-ci se fondent sur des considérations théoriques proches, que nous avons présentées dans le chapitre 2 de la thèse, mais on peut toutefois s'interroger sur ce qu'apporte chacun d'eux individuellement et les rapports qu'ils entretiennent entre eux.

Nous avons en premier lieu identifié d'importantes différences dans le travail que réalisent les personnels et conséquemment dans les ressources qu'ils mobilisent, selon que la situation subit ou non des perturbations. Le degré de singularité de la situation s'est ainsi imposé comme une dimension saillante pour appréhender l'activité au sein des organisations de santé. La singularité du travail de soin a en effet largement été démontrée dans la littérature¹⁴⁵. Ce résultat nous situe dans la lignée des travaux de Journé et Raulet-Croset (2004) qui écrivent au sujet du concept de situation de gestion : « *La singularité est sans doute l'un des attributs les plus visibles de la notion de situation* » (p. 20). Notons toutefois qu'à travers l'identification d'un tel axe, nous envisageons l'existence de situations de gestion non singulières (non perturbées), lorsque l'activité se déroule conformément à la manière dont elle a été organisée. Ce premier axe nous a conduite à distinguer les situations dites « normales », des situations que nous avons qualifiées de « perturbées ». Le vocabulaire ainsi retenu renvoie aux représentations des acteurs de soins pour qui l'activité est considérée comme « normale » lorsqu'elle se conforme à la trame préétablie et véhiculée par les outils, nous l'avons souligné auparavant. La notion de « perturbation » fait quant à elle écho aux travaux d'Engeström (2000) sur la « *théorie de l'activité*¹⁴⁶ » au sein de laquelle il met en exergue les « perturbations » (« *disturbances* ») qu'il définit comme des écarts par rapports aux standards préétablis (« *deviations from standard scripts* », p. 964).

En second lieu, l'analyse des modes de coordination du travail a révélé l'existence d'une autre dimension fondamentale pour traiter de ces questions : le degré de connaissance que les acteurs se sentent posséder sur la situation. Effectivement, face au caractère dispersé de l'activité, dont nous avons fait état dans le premier chapitre de la thèse, les échanges d'information, et plus profondément la communication, s'inscrivent au cœur du travail des acteurs, comme le mettent en évidence Grosjean et Lacoste (1999). Ce second axe révèle l'existence de deux types de situations : celles pour lesquelles les acteurs sont en possession de l'ensemble des informations nécessaires à leur travail (situations ne présentant pas d'incertitudes et que nous qualifions de « routinières »), et celles où les acteurs sont plongés dans l'incertitude (situations « impensées » ou « réflexives »). L'agencement organisationnel qui se construit au sein des situations dans lesquelles les acteurs ne disposent pas de l'ensemble des informations nécessaires à leur travail diffère ainsi de celui que nous avons observé dans les situations ne présentant pas d'incertitudes particulières aux yeux de leurs participants. Lorsqu'ils cherchent à obtenir des

¹⁴⁵ Voir notamment Minvielle (1996 ; 2000).

¹⁴⁶ Voir le chapitre 2 de la thèse.

informations sur une situation particulière, les acteurs mobilisent en effet des ressources organisationnelles spécifiques (activité dialogique importante, logique de ciblage des interlocuteurs, mobilisation de certains outils...), nous l'avons montré dans le chapitre précédent.

Toutefois, les situations de gestion distinguées au sein des établissements de santé ne peuvent être uniquement caractérisées à travers ces deux dimensions qui s'appuient sur les spécificités de l'activité de soins. D'une façon générale, « *la situation se définit progressivement à travers le jeu de connexions entre objets, événements et individus, formant un « tout contextuel »* » (Journé et Raulet-Croset (2004), p. 6), une définition à laquelle nous suggérons d'ajouter, pour le cas qui nous intéresse, nous l'avons vu, le niveau de connaissance possédé sur la situation. De ce fait, les individus ou les acteurs représentent une autre dimension saillante de la situation, à travers les actions qu'ils réalisent dans le temps et dans l'espace et qui font évoluer cette situation. Girin (1990a) précise dans cette optique : les « *actions effectives des participants révèlent la possibilité d'appréhender la situation de gestion, de lui donner un sens et lui apporter des réponses* » (p. 146) ; « *La dynamique des situations est engagée et entretenue par les actions des participants* » (p. 147). Et l'implication des acteurs dans la situation résulte de deux dimensions supplémentaires qui se révèlent centrales dans nos travaux : le temps et l'espace. Une situation de gestion possède ainsi un début et une fin ; elle se déroule par ailleurs en un lieu précis. Le lieu et le temps tracent finalement la frontière des situations de gestion. Ils distinguent les acteurs qui y sont impliqués de ceux qui ne le sont pas. Enfin, la définition du périmètre de la situation proposée plus haut attire notre attention sur l'objet de la situation. Dans la littérature hospitalière, celui-ci a été orienté autour de la trajectoire de maladie, depuis les écrits de Strauss (1992a). L'objet du travail est alors un patient particulier. Et la situation de gestion se définissant notamment par son résultat et par le jugement auquel celui-ci est soumis (Girin, 1990a), l'action est ici évaluée selon la capacité des personnels à « *maîtriser le cours de la maladie* » (Strauss, 1992a, p. 176). Nous pensons quant à nous, compte-tenu du contexte actuel d'« industrialisation des soins » déjà largement mis en évidence auparavant, que d'autres enjeux se jouent aujourd'hui dans les organisations de soins : un second objet concernera ainsi pour notre part tout le travail d'optimisation réalisé au sein du bloc opératoire. Loin de se focaliser sur une trajectoire de malade, cette activité va bien souvent concerner plusieurs patients en parallèle, de par leur interdépendance au niveau des ressources (matériels, espaces, personnels,...). Le résultat est alors évalué selon des critères économiques.

1.2.3. L'invitation à une lecture dynamique de la grille d'analyse

Si la présentation de notre travail de terrain et de la grille de lecture que nous en proposons peut sembler, par commodité de restitution, relativement inerte et les différents types de situations de gestion bien délimités, il n'en est rien dans la réalité. Ainsi, nous avons conclu la présentation de nos résultats de terrain en rappelant que cette grille de lecture est à appréhender dans un rapport dynamique : une même situation peut passer de l'état de « normale » à l'état de « perturbée impensée » puis à l'état de « perturbée routinière »... La situation peut évoluer selon les deux axes que nous avons identifiés, si la routine est soudain cassée par un inattendu ou lorsque le niveau d'information et de connaissance possédé sur la situation évolue (positivement ou négativement), comme le mettent en évidence Journé et Raulet-Croset (2004) : « *La définition de la situation s'enrichit et se transforme progressivement par le biais des informations, des connaissances, des interprétations, des expériences et finalement des diverses définitions apportées par les autres acteurs lorsque ces derniers se trouvent « convoqués » dans la situation soit lorsqu'ils découvrent que le problème les concerne, soit lorsque les acteurs moteurs font appel à eux* » (p. 16-17). Ainsi, nos résultats montrent que c'est en rapport avec les deux axes identifiés que la situation va évoluer : face à des perturbations ou du fait de la persistance de certaines incertitudes, les acteurs agissent pour « réguler » la situation. Ils ont recours à d'autres acteurs, à des outils, à des espaces de travail particuliers, de façon à prendre en charge un événement ou à obtenir les informations qui leur font défaut.

Compte-tenu du rapport dynamique que la grille établit entre les quatre types de situations gestion identifiés, et puisque notre propos nous a conduit à nous focaliser sur les situations dites « perturbées », quelle conception de la gestion des événements portée par l'organisation cette grille traduit-elle ? C'est à cette question que nous nous intéresserons dans la suite de notre propos.

1.3. La conception de la gestion de l'événement dans les établissements de santé : la « situation de référence »

Compte-tenu de la portée théorique de la situation de gestion que nous venons de rappeler, cette dernière se révèle être un concept puissant pour interroger l'organisation en retour. Girin (1990a) formalise ainsi le lien dynamique qu'il conçoit entre organisation et situation de gestion : « *La mise en place d'une organisation apparaît comme une réponse donnée à une ou plusieurs situations de gestion possédant une certaine permanence, en même temps qu'une rigidification des moyens pour y faire face* » (p. 144).

Cette définition nous semble toutefois incomplète si l'on s'intéresse à l'activité hospitalière, d'un point de vue gestionnaire. Par nature, l'activité de soins est en effet instable, perpétuellement soumise à l'aléa et à la singularité de chaque prise en charge (Minvielle, 1996). De fait, si l'organisation n'est qu'« *une réponse donnée à une ou plusieurs situations de gestion possédant une certaine permanence* » (*id.*), elle ne constitue nullement une réponse ou un soutien à l'activité réelle prise en charge dans les établissements de santé. Or, il nous semble, dans notre réflexion sur la gestion des événements, que cette vision de l'organisation n'est pas la seule envisageable. Nous avons effectivement rappelé, dans le chapitre 2 de la thèse, l'existence de deux types de stratégies d'amélioration de la sécurité (Wildavsky, 1989, p. 78) : la « *stratégie d'anticipation* » qui repose sur la stabilité et se matérialise par un « *plan* » qui doit permettre d'empêcher la survenue d'un événement - une stratégie qui semble proche de la perspective organisationnelle proposée par Girin (1990a) -, et la « *stratégie de résilience* » qui consiste à « *développer les capacités de gestion des situations imprévues* » (Journé, 1999, p. 32). L'organisation peut alors être également envisagée comme une combinaison de ressources, non pas rigides comme l'appréhende Girin (*id.*), mais au contraire, facteur de souplesse, de flexibilité pour soutenir la gestion de l'aléa.

Nous allons dans la suite de notre propos examiner la stratégie de gestion des événements adoptée par l'établissement étudié au regard de la grille d'analyse proposée dans ce travail.

1.3.1. Un établissement de santé tourné vers la « *stratégie d'anticipation* »

Il apparaît que la perspective adoptée par l'établissement de soins qui nous intéresse se rapproche davantage de la « *stratégie d'anticipation* » (Wildavsky, 1989) évoquée ci-dessus, que celle de résilience. Dans la grille d'analyse proposée, la situation que nous avons qualifiée de « normale » au regard des critères retenus (absence de perturbations et d'incertitude) est ainsi appréhendée par l'organisation comme la « situation de référence », celle que l'organisation a standardisée et dans laquelle il faut maintenir l'activité à tout prix.

Ce choix d'organisation est à replacer dans le contexte particulier dans lequel s'inscrivent les actions managériales des établissements de santé et que nous avons rappelé dans le premier chapitre de la thèse. En premier lieu, le management est fortement incité à l'efficience par les tutelles et l'instrumentation gestionnaire en place (la T2A, ses GHM et le PMSI). Si par définition, dans toute situation de gestion, le résultat de l'action collective est soumis à un jugement externe (Girin, 1990a, p. 142), le résultat de l'activité et ses

critères d'évaluation sont aujourd'hui multiples et ambivalents, au sein des établissements de santé : dans ce contexte de rationalisation des soins, notre analyse révèle que l'objet même du travail a évolué, nous l'avons vu précédemment. On assiste progressivement à une forme de « déshumanisation » de l'activité : aux préoccupations en matière de qualité et de sécurité de la prise en charge du patient, s'ajoutent désormais des enjeux de performance en termes de coûts et de délais. Ce résultat fait aujourd'hui l'objet d'une évaluation aussi bien de la part des patients et de la sphère dirigeante que des tutelles. En second lieu, « *le milieu hospitalier présente la caractéristique de dissociation du pouvoir financier du pouvoir symbolique* » (Heddad et Lautier, 2000) et on assiste à une prédominance du pouvoir symbolique (celui des médecins) sur le pouvoir administratif (le management), du fait des savoirs médicaux pointus détenus par ces derniers et dont ne dispose pas le management. Pourtant, afin de garantir l'efficacité du fonctionnement de l'établissement, il faut réussir à maîtriser ces pratiques médicales (Samuel *et al.*, 2005), et notamment imposer aux médecins de respecter des critères économiques dans les décisions qu'ils prennent.

Pour concilier ces deux contraintes, le management de l'établissement a fait le choix de la rigidification des moyens. Il a d'une part défini des situations standards qui tiennent compte des contraintes économiques exprimées ci-dessus et s'est d'autre part engagé dans une intense activité de conception et de déploiement d'outils visant à maintenir l'activité dans cette situation de référence, notamment en maîtrisant les comportements des médecins : dès lors, nous l'avons vu dans le chapitre précédant, la régulation des événements est principalement envisagée par l'établissement au travers de la production de nouvelles procédures, de nouveaux outils destinés à supprimer progressivement toutes les perturbations (soit en les anticipant, par exemple lorsque les procédures de nettoyage ou d'aseptisation sont actualisées ; soit en les supprimant quand elles se présentent, par exemple en recourant à des fonctionnalités informatiques particulières pour empêcher les médecins de « déborder » sur les interventions programmées).

Constituant la ressource principale de l'agencement, les dispositifs gestionnaires sont alors envisagés tantôt comme des outils de planification (le programme opératoire en est la dimension centrale, porteur de l'ensemble du travail à accomplir dans la journée, et de ses modalités (matériel, salles, personnels...) ; il constitue pour les acteurs un véritable « référentiel de normalité¹⁴⁷ »), tantôt comme des instruments de contrôle (notamment au

¹⁴⁷ C'est ainsi à partir du programme opératoire que nous avons été amenée à qualifier une situation de « normale » ou de « perturbée ». L'événement dont il est ici question représente donc tout fait qui s'écarte du programme opératoire, nous l'avons mis en évidence au préalable (chapitre 3).

travers de la traçabilité des actes), mais ne sont que rarement envisagés comme des supports aux acteurs dans les cours d'action (on parlera ici d'outil de « médiation », nous le verrons dans la suite de notre propos). Et en situation normale, nos résultats soulignent que l'agencement organisationnel se caractérise notamment par une certaine conformité dans l'usage qui est fait des ressources, à la différence des situations perturbées, nous l'analyserons par la suite. Ces résultats doivent être toutefois replacés dans la perspective adoptée dans ce travail à travers laquelle nous n'envisageons pas la mobilisation des règles et des outils indépendamment de leurs rencontres avec leurs usagers et du contexte dans lequel ils sont sollicités. A l'instar de Rabardel (1995), nous pensons ainsi qu'« *un artefact n'est pas un instrument achevé* » (p. 93) et qu'il s'inscrit dans « *des usages, des utilisations, c'est-à-dire des activités* » (*id.*). Nos résultats de terrain montrent en effet que, même en situation non perturbée, les acteurs adaptent les outils à leur disposition, par exemple en créant leur propre code couleur sur un outil papier, afin de mieux maîtriser le cours de l'activité. Mais l'adaptation de ces dispositifs est plus ou moins importante selon la nature des situations étudiées. Par ailleurs, si « *l'élaboration, la production des usages se poursuivent au-delà de la conception initiale comme production, privée, mais aussi sociale* » (Rabardel, 1995, p. 94), il n'en demeure pas moins que ces outils sont systématiquement porteurs d'une « *philosophie gestionnaire* », c'est-à-dire d'« *objectifs formant les cibles d'une rationalisation* » (Hatchuel et Weil, 1992, p. 124), au-delà de leur « *substrat technique* » (p. 123) et de la « *vision simplifiée des relations organisationnelles* » (p. 125) qu'ils véhiculent. L'instrumentation gestionnaire au sein des organisations de soins s'inscrivant dans un contexte de rationalisation économique, elle incite largement à l'efficacité, donc à l'atteinte des résultats visés dans des conditions optimales (qualité certes, mais aussi réduction des délais et des coûts), et l'adaptation de ces dispositifs n'enlève rien à cette « *philosophie gestionnaire* » (*id.*). Ainsi, le programme opératoire de la journée est porteur d'un certain nombre d'interventions qu'il faudra nécessairement réaliser, quand bien même les acteurs sont conduits à faire usage de l'outil d'une façon non prévue par l'organisation : face à « *l'inflation opératoire* » (Binst, 1990, p. 143) de l'établissement, les acteurs se voient imposer des impératifs de débits auxquels ils ne sont pas en mesure de s'opposer, sous peine d'en affecter leur vie personnelle (obligation d'effectuer des heures supplémentaires pour réaliser le programme), nous y reviendrons par la suite.

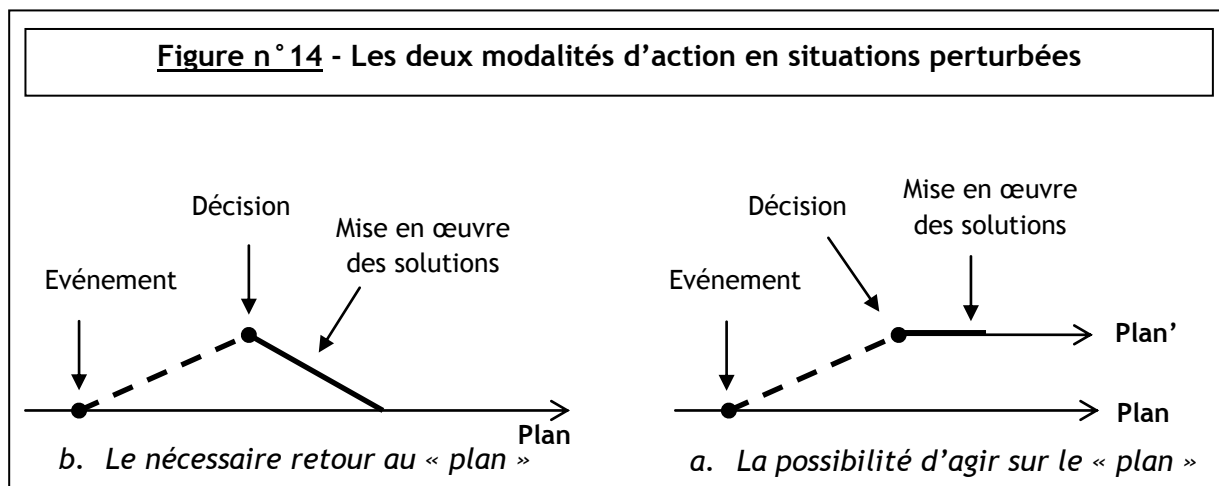
Dès lors, puisque l'organisation de la situation normale garantit l'efficacité de la prise en charge d'un patient, le management s'efforce à maintenir l'activité dans ce cadre organisationnel préétabli, et donc à empêcher l'apparition d'événements qui, par définition, constituent une entrave à cette trame. C'est en cela que les choix opérés par

l'organisation s'inscrivent dans une stratégie d'anticipation. Nos résultats de terrain montrent que, dans ce cadre, l'outil informatique va constituer la principale ressource du management pour contraindre les médecins et s'inscrit ainsi au cœur des jeux de régulation. Du fait du caractère rigide de son « *substrat technique* » (Hatchuel et Weil, 1992, p. 123), l'outil informatique impose le respect d'un certain nombre de standards aux médecins dans la structuration de leur activité (matériel demandé, durée programmée des interventions...), ce qui doit permettre d'empêcher la singularité des pratiques médicales, une des principales sources de désorganisation de l'activité observée.

1.3.2. L'instrumentation provenant des tutelles renforce cette conception

Mais au-delà des dispositifs organisationnels déployés dans l'établissement, il est à noter que c'est finalement l'ensemble de l'instrumentation gestionnaire en place, instaurée par les tutelles et opérationnalisée par les organisations de santé, qui s'inscrit dans cette conception spécifique de la régulation des événements. Ainsi, les démarches en matière de qualité et de sécurité à l'hôpital, et notamment la certification HAS, s'appuient sur des outils de gestion qui visent à standardiser l'activité (par exemple, au bloc opératoire, la sécurité est principalement garantie par la « *check-list sécurité chirurgicale* » proposée par l'OMS). Et si la certification reconnaît la possibilité que surviennent des événements malgré l'existence de ces procédures, elle met aussitôt l'accent sur la possibilité de voir apparaître un « *événement indésirable évitable* », « *événement qui ne serait pas survenu si les soins ou leur environnement avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante* » (Manuel de certification HAS, 2010, p. 83). Les démarches qualité sont éminemment fondées sur le « *plan* » qui doit garantir, en lui-même et s'il est respecté, le bon fonctionnement de l'activité (le manuel traite ainsi de l'« *évaluation des risques a priori* » ou de « *démarche prospective* » (p. 34) par laquelle « *les situations de crise sont identifiées. (...) Les plans d'urgence sont établis* » (p. 35)). De fait, la philosophie sous-jacente de l'outil considère que l'ensemble des perturbations potentielles peut être anticipé, en mettant l'accent sur la « *dimension exhaustive des dangers présents dans le périmètre considéré* » (p. 34). Mais lorsque la certification qualité aborde la question de la gestion des événements qui surgissent nécessairement dans l'activité de soins, les réponses apportées, si elles existent, restent toutefois très superficielles. Il s'agit surtout pour les personnels de détecter les problèmes, de les « *signaler* », et d'en « *analyser* » les causes, mais le mystère reste entier quant à la manière de les réguler, dans les cours d'action. Qui prend la décision ? Comment la solution est-elle déployée ? Et surtout en quoi consiste-t-elle : la régulation de l'événement induit-elle nécessairement un retour au « *plan* » ou des marges de manœuvre

sont-elles conférées aux acteurs situés au plus près des problèmes, pour agir sur ce « plan » et le modifier (voir figure n°14) ? Ce sont là des questions qui nous paraissent centrales au sein des établissements de santé, compte-tenu de la multiplicité des sources possibles de perturbations observées. Il semble sur ce point que la régulation des événements, dans la perspective adoptée par la certification hospitalière, consiste dans tous les cas à un retour au « plan », le manuel mettant l'accent sur les « actions correctives » à déployer dans la gestion des aléas (p. 35) ou encore sur les actions « de récupération lorsque les actions de prévention sont insuffisantes » (p. 34).



Par ailleurs, si des retours d'expérience sont envisagés à travers cette instrumentation gestionnaire (« *Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement. L'efficacité des actions correctives est vérifiée* » (Manuel de certification HAS, p. 35)), ils ne visent qu'à renforcer la « stratégie d'anticipation » portée par les établissements de soins, en élaborant de nouvelles règles ou dispositifs techniques qui permettent de supprimer tout élément imprévu qui n'avait pas été anticipé au départ (Journé, 1999, p. 73-74).

1.3.3. Une stratégie en contradiction avec le caractère singulier des situations de gestion

L'organisation en place dans les établissements de santé véhicule donc une conception de la gestion des événements tournée vers une stratégie d'anticipation davantage que de résilience. Pourtant, la logique de situation échappe à cela, et nos travaux montrent ainsi le caractère intrinsèquement singulier de la situation de gestion. Les événements sont inhérents à l'activité de soins qui sort dès lors constamment du cadran constituant, aux yeux de l'organisation, cette « situation de référence ». Nous nous accordons alors avec les résultats de Minvielle (1996) qui met en exergue la singularité de chaque trajectoire de maladie (Strauss, 1992a). Notre travail de terrain a effectivement révélé l'existence d'un grand nombre de perturbations propres à chaque prise en charge, perturbations qui

concernent à titre principal le matériel et les procédures réalisées. Mais dans notre cas, la trajectoire du patient ne représente qu'une des dimensions de la situation de gestion que nous avons identifiées, nous l'avons vu. Dès lors, d'autres sources de désorganisations émergent de nos travaux. Elles sont fréquemment liées aux pratiques singulières des médecins, nous l'avons mis en évidence, mais l'organisation en place, peut en elle-même être génératrice de dysfonctionnements. La recherche d'efficience s'est en effet matérialisée dans un certain nombre de dispositifs organisationnels qui incitent à l'adaptation constante de l'organisation afin d'optimiser l'usage des ressources disponibles. Il en est ainsi du système de rotation des salles instauré par l'établissement et à travers lequel les affectations de salles et de personnels sont constamment révisées. Au-delà de ce premier niveau de perturbations organisationnelles, ce sont les choix opérés par l'établissement en matière de gestion de l'aléa qui peuvent être source de dysfonctionnements. Ne permettant pas toujours de soutenir l'activité réelle, en particulier lorsqu'il s'agit de faire face à l'événement, les ressources organisationnelles sont parfois entièrement reconstruites localement par les acteurs. Il en est ainsi de l'usage que font les personnels du bloc opératoire du programme opératoire papier en situations perturbées, sur lequel des modifications sont effectuées (salles, ordre de passage des patients...) sans que ces changements ne soient partagés dans l'outil informatique, générant dès lors d'importants problèmes en matière de fiabilité informationnelle, nous y reviendrons dans le prochain chapitre. Cette adaptation locale, puisqu'elle n'a pas été « pensée » à un niveau global, est génératrice de désorganisations importantes, et plonge les acteurs dans des situations d'ambiguïtés et non plus d'incertitudes, dans lesquelles il faut redonner ou reconstruire du sens (Weick, 1995).

*

En conclusion, si l'instrumentation gestionnaire en place au sein des établissements de santé vise à maintenir l'activité dans la « situation de référence » - celle qui garantit une prise en charge efficiente du patient dans le contexte de l'« industrialisation des soins » dépeint précédemment -, ce qui révèle une conception particulière de la gestion de l'aléa, orientée vers une stratégie d'anticipation, il apparaît que la situation, par nature, ne se laisse pas enfermer par l'organisation déployée. Cet écart entre l'organisation telle qu'elle a été établie et l'activité telle qu'elle se déroule dans la réalité appelle à se pencher au plus près de cette contradiction, lorsqu'elle apparaît, dans les cours d'action. C'est finalement au travail de régulation locale des événements que nous souhaitons nous intéresser. Nous nous proposons ici d'en appréhender ses principales modalités, à la lumière du concept de situations de gestion que nous mobilisons dans nos travaux.

2. LES ENJEUX DU TRAVAIL DE RÉGULATION LOCALE A LA LUMIÈRE DU CONCEPT DE SITUATION DE GESTION

L'analyse des modes de coordination à l'œuvre au sein des établissements de santé nous a conduite à mettre en évidence d'une part le travail de structuration de l'activité, qui s'avère largement orienté vers une stratégie d'anticipation, mais aussi le travail de régulation locale effectué par les acteurs afin d'ajuster la trame dessinée par l'organisation aux contingences de l'activité réelle. C'est à ce travail de régulation que nous allons à présent nous intéresser. Nous nous attacherons à le caractériser, à en identifier les principaux enjeux et contradictions dans l'activité. Il s'agira, pour ce faire, de recourir aux fondements théoriques du concept que nous mobilisons dans ce travail : la situation de gestion (Girin, 1990a ; 1983a). En premier lieu, nous montrerons que compte-tenu de l'implication partielle et partiale de chaque acteur dans les différentes situations de gestion et au regard de l'interdépendance de celles-ci, le travail de régulation locale implique de reconstituer ce que nous appellerons la « méta-situation » (2.1). Or, ce travail appelle à la réalisation d'arbitrages entre des contraintes et des intérêts divergents : nous l'apparenterons ainsi, en second lieu, à une véritable « *discussion* » (Detchessahar, 2003 ; 1997) (2.2).

2.1. Le travail de régulation locale : la nécessité de reconstituer la « méta-situation »

Lorsque la perturbation est avérée, l'activité déployée est une activité intrinsèquement décisionnelle, et cette décision ne peut jamais être entièrement programmée à l'avance (elle ne peut donc provenir uniquement du « plan » qui découle de la stratégie d'anticipation), elle dépend du contexte dans lequel l'événement s'inscrit (Zarifian, 1995). Or, cette décision, face à l'imprévu, soulève un dilemme organisationnel particulier, très proche du paradoxe centralisation/décentralisation identifié par Journée (1999) dans son étude sur les situations de conduite des centrales nucléaires. Le recours au concept de situation de gestion nous semble particulièrement intéressant pour expliciter le phénomène dont il est ici question.

La situation de gestion est par nature collective : confirmant les écrits de Girin (1990a, p. 142), nous avons montré qu'une même situation impliquait plusieurs acteurs et qu'un même acteur pouvait être impliqué dans de multiples situations de gestion simultanément¹⁴⁸. L'entrée par les situations de gestion révèle ainsi l'existence d'interdépendances forte entre les différentes activités dans lesquelles les acteurs sont

¹⁴⁸ Ce phénomène éclaire la problématique du morcellement des tâches, à plusieurs reprises mise en évidence par les acteurs du monde hospitalier.

impliqués. Et au-delà des ressources humaines, nos résultats de terrain montrent que l'interdépendance des situations provient plus généralement, dans les établissements de santé, de la nécessité de partager un certain nombre de ressources matérielles (salles d'opération, matériel opératoire...), un constat qui a conduit Minvielle (1996) à souligner l'existence d'une concurrence potentielle entre les trajectoires de patients (p. 231).

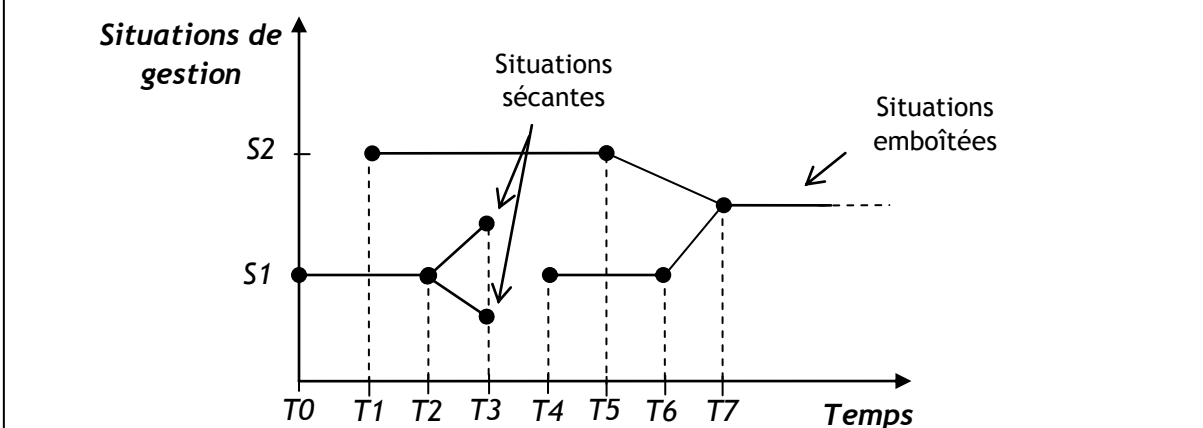
Par ailleurs, Girin (1990a) précise que « *la notion de situation de gestion est « locale*¹⁴⁹ ». Autrement dit, *l'extension spatiale et temporelle d'une situation concrète est définissable* » (Girin, 1983a). Nous avons vu qu'au-delà de ce premier constat, le lieu et le temps contribuent à la construction de la situation en distinguant les acteurs qui en sont partie-prenantes de ceux qui en sont exclus. Or, nous nous accordons ici avec les travaux de Grosjean et Lacoste (1999) qui ont souligné le caractère dispersé, éclaté, dans le temps et dans l'espace, de l'activité de soins. L'activité se déroulant sur une plage horaire étendue, le collectif est en effet fragmenté en équipes du matin, du soir, voire de nuit. Les différentes unités se trouvent par ailleurs éloignées physiquement les unes des autres et l'accroissement de la taille des établissements de soins, de plus en plus incités aux rapprochements avec d'autres organisations de santé du fait de l'instrumentation gestionnaire en place, laisse présager une aggravation de ce phénomène. Le lieu est aussi un facteur de dispersion particulièrement important au bloc opératoire compte-tenu des contraintes de sécurité et d'hygiène en vigueur : la majeure partie de l'activité se déroule ainsi dans des espaces fermés et réduits (les salles d'interventions). Dès lors, si le lieu et le temps structurent les situations, l'éclatement spatio-temporel dont nous faisons ici état, met en exergue le caractère épars des situations de gestion, au sein des établissements de santé : une multitude de situations de gestion vont se dérouler en parallèle localement, dans une unité de temps et de lieux qui tracera la frontière entre les acteurs qui se trouvent impliqués et ceux qui ne le sont pas.

Enfin, si ces situations se déroulent dans un cadre spatio-temporel bien défini, elles renvoient néanmoins à un phénomène dynamique qui appelle à tenir compte de leur nature évolutive, nous l'avons mis en évidence dans la section précédente : « *la définition même de la situation, dans tous ses éléments (qui sont les véritables participants? A quels lieux et quels temps se limite-t-elle? Quel résultat est-il attendu? Quelle instance exerce le jugement?) peut être fluctuante* » (Girin, 1990a, p. 143). Notre travail de terrain poursuit alors l'investigation sur la nature des situations de gestion, en mettant en exergue leur

¹⁴⁹ Selon Girin (1983a), la situation est par nature « locale » car elle ne peut être séparée de son contexte et les acteurs impliqués dans une même situation peuvent dès lors avoir une perception différente du « *contexte le plus adéquat à l'intérieur de laquelle elle doit s'interpréter* » (p. 4).

caractère fragmenté (des situations courtes qui sont abandonnées puis reprises dans le temps), comme le présente la figure proposée ci-dessous (figure n°15). Nos résultats montrent que leur évolution provient notamment de la mobilisation de nouvelles ressources de l'agencement : de nouveaux outils ou acteurs peuvent être convoqués, d'autres sont abandonnés ou en sortent au fur et à mesure du temps.

Figure n° 15 - Caractère dispersé et fragmenté de l'activité d'un acteur



Effectivement, on voit dans ce schéma qu'un même acteur peut être impliqué dans différentes situations en parallèle (par exemple en T1, l'acteur est impliqué dans les situations S1 et S2 simultanément). Certaines situations sont parfois interrompues ou suspendues puis se poursuivent lorsque de nouvelles informations viennent enrichir la situation ou lorsque de nouveaux événements surgissent en son sein (par exemple, S1 est interrompue en T3 puis reprise en T4) : les situations de gestion sont ainsi extrêmement fragmentées dans le temps. En outre, du fait de leur interdépendance forte, nous avons montré dans notre travail de terrain que certaines situations se recoupent et sont amenées à se rejoindre en un même objet, constituant que Girin (1990a, p. 142) qualifie de « *situations emboîtées* » (par exemple en T5 et T6, S1 et S2 vont se rejoindre pour ne plus former qu'une unique situation en T7). D'autres peuvent au contraire se scinder au cours du temps, faisant écho aux « *situations sécantes* » identifiées par l'auteur (par exemple, en T2).

Dès lors, le concept de situation de gestion fournit un éclairage intéressant pour comprendre le dilemme organisationnel dont il est ici question. L'entrée par les situations de gestion met en exergue une interdépendance forte entre les différentes situations qui composent l'activité. Chaque situation va en effet être potentiellement impactée par la perturbation émergente mais aussi par la manière dont elle va être régulée : dans ce contexte, toute décision concernant une situation peut potentiellement déstabiliser d'autres situations (changement dans les affectations de salles ou dans l'ordre du programme, matériel

supplémentaire fourni pour une intervention mais potentiellement prévu pour une autre, etc.). La décision doit ainsi tenir compte de l'ensemble des situations de gestion qui se déroulent en parallèle et, en ce sens, elle doit être centralisée. Mais dans le même temps, la décision suppose une connaissance fine du problème, ce qui semble appeler à une gestion décentralisée des événements. Pourtant, compte-tenu des caractéristiques de la situation que nous avons identifiées, l'activité d'un acteur est à la fois fragmentée et dispersée, et de ce fait, son implication dans les situations de gestion est à la fois multiple et partielle : il est souvent impliqué dans plusieurs situations simultanément mais, dans le même temps, la situation de gestion étant délibérément collective, il n'en appréhende jamais la totalité. Dès lors, la connaissance qu'il détient, d'une part de la situation, mais d'autre part et plus généralement de l'activité locale qui nous intéresse (celle du bloc opératoire, voire de la clinique dans son ensemble), est nécessairement incomplète : la « *cognition*¹⁵⁰ » est bel et bien répartie dans l'organisation (Lorino, 1996, p. 87). La vision de l'activité que l'acteur possède tient pour partie des situations dans lesquelles il est impliqué et de celle desquelles il est exclu (notamment en raison du lieu ou de la temporalité dans lesquels elle se déroule, nous l'avons vu), mais également du rôle qu'il a occupé dans chacune de ces situations de gestion (renvoie à la division catégorielle).

Pour surmonter ce dilemme, les acteurs vont s'engager, tout au long de leur journée de travail, dans une activité de reconstitution d'une vision d'ensemble de l'activité, fragmentée en multiples situations de gestion à la fois passées, présentes et futures, nous l'avons vu, et que nous nous proposons de qualifier de « méta-situation ».

2.2. Le travail de reconstitution de la méta-situation : une activité fondamentalement discursive

Nous allons ici mettre en évidence les caractéristiques de ce travail dit de « reconstitution de la méta-situation ». Nous montrerons qu'il est un travail permanent qui s'apparente à une véritable « *discussion* » (Detchessahar, 2003 ; 1997) puisqu'il appelle, dans les cours d'action, à procéder à des arbitrages entre des intérêts potentiellement divergents.

2.2.1. Un travail permanent : l'importance de la « *vigilance collective* » dans la gestion des situations perturbées

Ce travail de reconstitution de la méta-situation implique une activité communicationnelle importante. En accord avec les écrits de Zarifian (1995), nos travaux révèlent ainsi une

¹⁵⁰ Le terme « *cognition* » fait alors référence au « *processus dynamique d'acquisition de connaissances nouvelles ou de transformation de connaissances* » (Lorino, 1996, p. 87).

hausse des communications entre les acteurs lorsque surgissent des événements. Ces échanges langagiers ne concernent plus directement l'activité opérationnelle (c'est-à-dire l'activité chirurgicale ou de soins) mais sont davantage tournés vers un « *travail d'organisation* » (de Terssac et Lalande, 2002) et proches de ce que Grosjean et Lacoste (1999) qualifient d'« *échanges verbaux méta-opérationnels* », sans toutefois faire spécifiquement référence aux situations perturbées : selon les auteurs, ces communications concernent d'une façon générale l'organisation de l'activité future et la répartition du travail entre les acteurs. La reconstitution de la méta-situation, si elle est destinée à réguler les événements lorsqu'ils se présentent, est en effet une activité permanente qui n'est pas le propre des situations perturbées. Au bloc opératoire, les perturbations sont inhérentes à l'activité, et les acteurs ont ainsi pleinement intériorisé le fait qu'ils devront les prendre en charge, au quotidien. Dès lors, ils s'engagent tout au long de leur journée de travail dans cette activité de reconstitution de la méta-situation, afin de faciliter la régulation d'une perturbation, lorsque celle-ci se présentera, en ayant à l'esprit l'ensemble des situations passées, présentes et futures. Ce mode de fonctionnement peut se rapprocher du concept de « *vigilance collective*¹⁵¹ » proposé par Weick et Roberts (1993). Nos résultats s'inscrivent alors dans le prolongement des écrits sur la relève de poste à l'hôpital (notamment Grosjean et Lacoste, 1999), au cours de laquelle les acteurs confrontent des éléments d'information différents, procèdent à des arbitrages et prennent des décisions : il apparaît plutôt que cette activité de reconstitution de la méta-situation n'est pas le simple fait des périodes de relève mais possède une certaine permanence et s'inscrit dans la continuité du travail, au sein des blocs opératoires étudiés.

2.2.2. L'implication « *partielle* » et « *partiale* » des acteurs : existence de conflits d'intérêts entre les situations

Il s'agit, à travers ces échanges langagiers, d'accéder aux différentes visions de l'activité, à la fois « *partielles* » (Zarifian, 1995, p. 224) (nous l'avons vu dans la section précédente, au regard de l'implication multiple de chaque acteur dans différentes situations de gestion et du fait du caractère collectif de chaque situation) mais aussi « *partiales* » (*id.*) (car intrinsèquement subjective, dépendant de la situation dans laquelle on est impliqué et du rôle qu'on y occupe, nous allons le voir) et de les confronter, afin de parvenir à un accord.

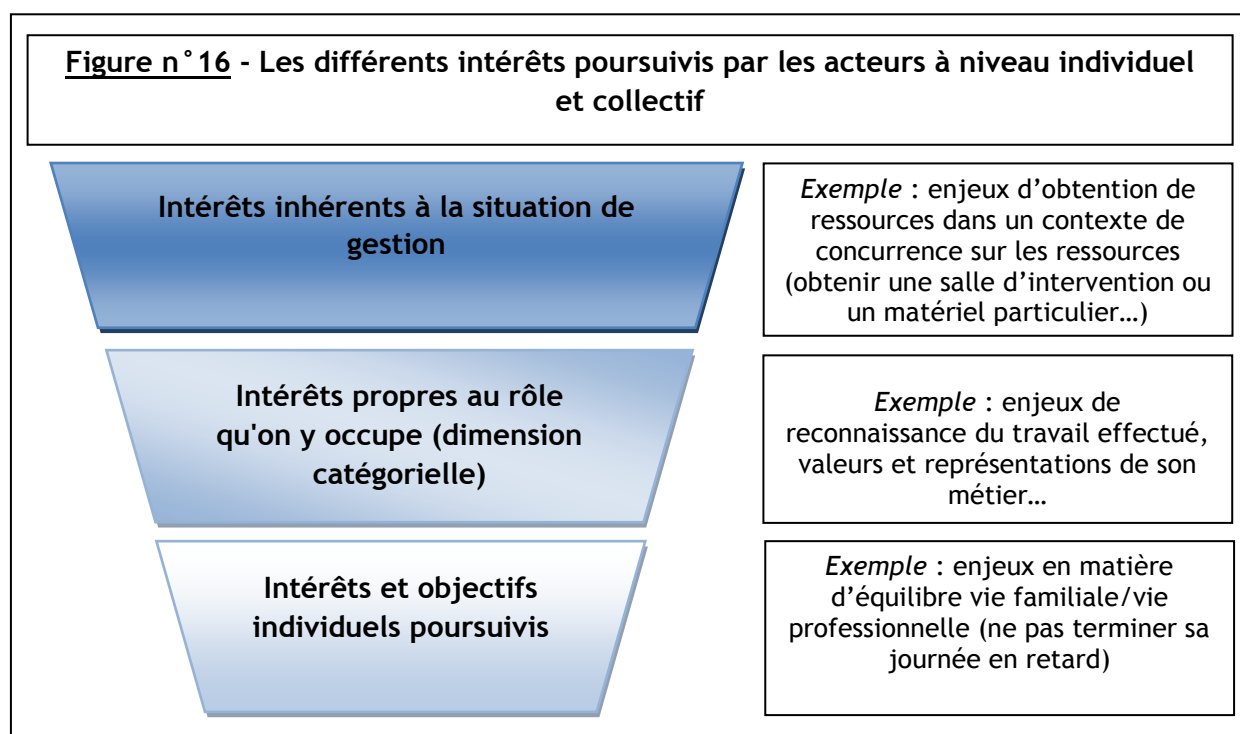
¹⁵¹ Avec la vigilance collective, les acteurs ont conscience d'appartenir à un système d'actions inter-reliées. Weick et Roberts (1993) ne mettent toutefois pas l'accent sur l'organisation à déployer pour que les acteurs s'astreignent à une telle vigilance. Les auteurs signalent simplement l'importance des chevauchements de tâches pour générer des représentations redondantes des situations. Nous tâchons d'aller plus loin que ces écrits dans la thèse en signalant le rôle de certains espaces de travail ou d'outils sur cette question, nous le verrons par la suite.

Obtenir une vision d'ensemble, c'est d'abord prendre connaissance de l'état d'avancement dans lequel se situe chaque situation par rapport au résultat à atteindre. La transmission de ces informations s'apparente au « *travail de médiation* » mis en exergue par Grosjean et Lacoste (1999) pour assurer la continuité du travail face à un collectif éclaté dans le temps et dans l'espace : il est ici question de partager des informations sur une situation dont d'autres acteurs n'ont pas connaissance puisqu'ils n'y étaient pas impliqués, du fait du lieu et/ou de la temporalité dans laquelle celle-ci s'est déroulée. Ce travail n'est lui-même pas sans difficulté puisque du fait des multiples visions portées par chacun des acteurs, les échanges ne s'appuient pas nécessairement sur les mêmes contextes d'interprétation (Girin, 2001) ou sur des « *connaissances d'arrière-plan* » (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 15) communes, ce qui est susceptible de produire des incompréhensions.

Mais la reconstitution de la méta-situation implique aussi de s'informer des difficultés, des contraintes ou à l'inverse des intérêts de chaque acteur. Les interdépendances entre les situations peuvent en effet conduire à des conflits d'intérêts entre les membres d'un même collectif qui peuvent diverger à trois niveaux : on distinguera ici les intérêts propres au rôle occupé, aux objectifs personnels poursuivis (Clot, 2004) et aux situations de gestion dans lesquelles chacun se trouve impliqué. Il est vrai que des logiques de pouvoir, renvoyant à la catégorie professionnelle à laquelle on se sent appartenir, jouent ici. Ce phénomène a largement été débattu dans la littérature sur le champ hospitalier et Glouberman et Mintzberg (2001) le mettent très bien en évidence lorsqu'ils identifient différents mondes d'action au sein des organisations de santé (et notamment, au niveau qui nous intéresse : les médecins, les infirmières et le management). Diverses catégories professionnelles sont ainsi appelées à travailler conjointement alors même que leurs objectifs, leurs intérêts et même leur langage poursuivent des logiques fondamentalement différentes, voire même parfois profondément divergentes, comme l'explicitent Grosjean et Lacoste (1999) qui soulignent l'existence de conflits d'objectifs au sein des établissements de santé. Le travail d'articulation consiste dès lors pour ces auteurs à une activité de « *traduction* » entre ces différents mondes d'action. Strauss (1992a) fait quant à lui référence à cet aspect sous le terme de « *débats de trajectoire* » qui éclatent entre de multiples spécialistes sur une même trajectoire de malade, nous l'avons évoqué dans le deuxième chapitre. L'utilisation qu'il fait de ce concept renvoie bien, là encore, à une logique catégorielle. Mais au-delà, l'entrée par les situations de gestion révèle l'existence de conflits d'intérêt potentiels inhérents à la situation dans laquelle l'acteur est impliqué et qui tendent, au contraire, à lisser les divergences intercatégorielles (un médecin et une infirmière peuvent par exemple s'opposer à une autre équipe chirurgicale dans la volonté d'obtenir une salle d'intervention spécifique). Chaque situation possède en effet ses exigences et ses contraintes propres qui

peuvent venir contrarier celles d'une autre situation, du fait des concurrences sur les ressources dont nous avons déjà fait état, mais aussi de l'instrumentation gestionnaire en place (et notamment de la tarification à l'activité) qui incite, dans les cours d'action, à opérer des arbitrages entre des enjeux de coûts, de délais et de qualité (Minvielle, 2003 ; 1996 ; Couty, 2009).

Le schéma proposé ci-après synthétise les différents types d'intérêts poursuivis par les personnels d'un établissement de santé, à un niveau individuel et collectif :



Nous nous accordons ainsi avec les écrits de Girin (1990a) qui considère que, dans la situation de gestion, « *la notion de participant n'implique en aucune manière que la poursuite du résultat soit pour chacun d'eux un objectif ultime ou une finalité à laquelle ils adhèreraient sans réserve* » (p. 142). Certes, ces différents niveaux d'intérêts peuvent converger pour un acteur, par exemple lorsqu'il s'agit d'obtenir une salle d'opération supplémentaire afin de limiter le temps d'attente entre deux interventions (pratique de « *rotations de salle* ») : au niveau de la situation de gestion, l'enjeu est de gagner en efficience, le résultat est alors mesuré en termes de temps ou de délais de réalisation ; au niveau de l'acteur, l'enjeu concerne le délicat équilibre entre vie familiale et vie professionnelle face à « *l'inflation opératoire* » Binst (1990, p. 143). La possibilité de « *tourner* » sur une partie du programme limite ainsi le risque, pour un acteur, de faire des heures supplémentaires non prévues sur sa journée de travail. Dans cette optique, les intérêts inhérents à la situation de gestion peuvent constituer pour chacun « *une opportunité pour parvenir à réaliser d'autres objectifs individuels ou collectifs* » (Girin,

1990a, p. 142) : les dispositifs à l'œuvre dans la perspective de rationalisation des soins ne s'opposent ainsi pas systématiquement aux contraintes et aux intérêts individuels. Toutefois, ces différents niveaux peuvent également entrer en contradiction pour un même acteur : il en est ainsi des représentations et des valeurs portées par son métier (une dimension qui renvoie au rôle qu'on occupe dans la situation), tournées pour les personnels vers l'intérêt du patient (Raveyre et Ughetto, 2003), et qui se heurtent aux impératifs de vitesse sous-jacents aux préoccupations d'ordre individuel mais aussi aux enjeux économiques inhérents à la situation et dont nous venons de faire état. Ces divergences d'intérêts pour un même acteur peuvent dès lors donner naissance à des conflits internes qui soumettent l'individu à des tensions insoutenables.

2.2.3. Arbitrer entre ces différents intérêts : rôle de la « discussion » dans le travail de régulation locale

Dès lors, c'est une véritable « discussion » (Detchessahar, 2003 ; 1997) qui s'organise dans le temps et dans l'espace, un terme qui permet de « traduire la dimension délibérative et politique des échanges » (p. 73). Parce que l'implication des acteurs est à la fois partielle (sur le plan cognitif, chaque acteur ne dispose que d'une vision incomplète de la situation d'ensemble, du fait de l'éclatement des différentes situations de gestion) et partielle (sur le plan politique, chaque acteur défend les intérêts et les contraintes propres aux situations dans lesquelles il a été impliqué), la reconstitution de la méta-situation appelle à la réalisation d'arbitrages entre différentes propositions issues des trois niveaux d'intérêts identifiés ci-dessus, et susceptibles de s'opposer au sein du collectif mais aussi, de façon plus problématique, sur un plan individuel. Il s'agit d'aboutir à un accord (une proposition voire une décision) qui tienne compte des contraintes et intérêts inhérents à chaque situation et au sein d'elle à chaque acteur.

On peut alors s'interroger sur la façon dont les personnels parviennent à cet accord malgré les éventuelles contradictions mises en évidence, à la fois sur un plan individuel et collectif. Nous pouvons, certes, revenir sur l'apport de la communication dans les cours d'action, au demeurant largement discuté dans la littérature, dans le sens où celle-ci produit de l'intercompréhension (Habermas, 1987) entre les acteurs. Mais par ailleurs, ce que montrent nos résultats, c'est que son action s'inscrit véritablement dans la durée. Nous suggérons ici de nous intéresser au fondement même de l'activité discursive dont il est question. En effet, certains auteurs, à l'instar de Grosjean et Lacoste (1999), mettent en exergue l'importance de la motivation des acteurs dans la coopération : « il ne suffit pas de « pouvoir » coopérer

encore faut-il « vouloir » le faire » (p. 36)¹⁵². Or, le travail de régulation locale est fondamentalement un acte de coopération entre les acteurs, à la fois dans le partage des informations possédées (dans le « travail de médiation » dont nous avons fait état) mais aussi dans la discussion qui s'ensuit. D'autres auteurs soulignent le rôle de la confiance et des affinités personnelles sur la richesse des communications (Karsenty et Le Quellec, 2009) et pour aboutir à un accord (Detchessahar, 1998). Motivation, confiance et affinités personnelles, renvoient notamment à la qualité des relations interpersonnelles qui se sont tissées entre les membres d'un même collectif. Or, notre travail montre que la communication constitue une ressource essentielle à la construction d'une véritable identité collective entre les acteurs. Celle-ci repose sur des échanges verbaux non directement tournés vers le travail et l'action proprement dits, mais destinés à maintenir le lien social et que l'on peut qualifier d'« interstitiels » à l'instar de Grosjean et Lacoste (1999), mais aussi sur un répertoire d'expériences passées partagées qui alimentent en permanence la « mémoire » du collectif. Selon nous, l'existence de cette identité collective favorise la discussion en suscitant une compréhension réciproque entre les acteurs. Les membres du collectif, à travers les échanges interpersonnels, se découvrent des préoccupations communes, des intérêts et des craintes semblables. Chacun est alors davantage à même de comprendre les problématiques inhérentes à une situation, bien qu'il ne les partage pas dans le présent, puisqu'il les a lui-même expérimentées dans le passé ou qu'il se sait devoir y être confronté dans le futur. En cela, l'arbitrage réalisé, même s'il n'est pas effectué en sa faveur, est rendu plus acceptable aux yeux de chacun.

*

Finalement, nos résultats mettent en exergue l'existence d'un travail de régulation locale permanent auquel s'astreignent les acteurs face au caractère singulier des situations de gestion. Il s'agit à tout instant de reconstituer une image de la méta-situation, du fait de l'interdépendance des situations qui se partagent un certain nombre de ressources

¹⁵² En cela, la perspective adoptée est proche de celle de Sardas (2004 ; 2011). Se demandant « dans quelle mesure et pourquoi un acteur (...) assume-t-il (subjectivement et objectivement, éventuellement en le transformant), le rôle que l'organisation lui offre ? » (2011, p. 75), l'auteur propose un modèle de la « dynamique globale » de l'acteur (2004). Il appelle par là à prêter attention non seulement aux dimensions du pouvoir et du savoir (qui renvoie à la question des connaissances détenues par les personnels et à la façon dont celles-ci sont mobilisées au niveau individuel et collectif), deux aspects dont nous avons fait état au préalable en traitant de l'implication à la fois partielle et totale des acteurs dans une situation, mais également aux dynamiques de désir et de plaisir éprouvées par l'individu. Cette dernière dimension renvoie à la représentation subjective portée par l'acteur dans son travail, mais fait plus généralement allusion à « l'ensemble du vécu subjectif au travail » (2011, p. 76) : on retrouvera ici la façon dont le travail entre en résonance avec les valeurs de l'individu ; on s'intéressera en outre aux interactions entre l'individu et le collectif (relations intersubjectives, entraide...).

(matérielles, humaines et temporelles), et dans le même temps des visions à la fois partielles et partiales que chaque acteur possède de l'activité et qui tient aux caractéristiques mêmes des situations de gestion - dispersées, fragmentées dans le temps et dans l'espace - dans lesquelles chacun se trouve impliqué.

Ce travail de reconstitution de la méta-situation s'inscrit au cœur d'une activité cognitive et dialogique qui doit conduire les acteurs à s'engager : (1) Dans un constant « *travail de médiation* » (Grosjean et Lacoste, 1999) (quelque soit la nature de la situation dans laquelle ils se trouvent, normale ou perturbée) à travers lequel ceux-ci communiquent les informations dont ils ont connaissance de par la ou les situations dans lesquelles ils se sont trouvés impliqués et du rôle qu'ils y ont occupé (dimension catégorielle) ; (2) Et plus fondamentalement dans une discussion (Detchessahar, 2003 ; 1997) par laquelle il s'agit d'arbitrer entre des intérêts et des contraintes potentiellement divergents afin d'élaborer collectivement la décision à mettre en œuvre. Du fait de l'existence d'une concurrence sur les ressources, les différentes situations de gestion peuvent en effet entrer en conflit, venir se télescoper, ce qui appelle à l'élaboration de compromis dans les cours d'action. La qualité des interactions qui se déroulent dans ce travail de reconstitution de la méta-situation s'inscrit par ailleurs dans la durée puisque la discussion (et l'intercompréhension qu'elle implique) prend appui sur une véritable identité collective qu'elle contribue à construire au cours du temps.

Mais compte-tenu de la posture dans laquelle nous nous situons (appréhender l'activité « *située* » organisationnellement (Lorino et Teulier, 2005, p. 13)), nous ne pouvons limiter notre propos à une description de l'activité réelle des acteurs : il nous faut également prendre en considération le contexte organisationnel dans lequel ce travail de régulation locale se déroule. De ce fait, nous allons dans le prochain chapitre nous intéresser aux différentes ressources mobilisées par les personnels dans ce cadre, à la fois dans les cours d'action mais aussi plus profondément dans le temps. Ce sont ici les agencements organisationnels (Girin, 1995) qui se dessinent en situations perturbées que nous allons interroger. Or, nous avons vu que les choix opérés par le management hospitalier et plus globalement par les tutelles en matière de gestion des risques s'inscrivent dans une « *stratégie d'anticipation* » (Wildavsky, 1989, p. 78). Dès lors, si ce travail doit nous conduire à identifier les différentes ressources mobilisées en situations perturbées, nous serons également amenés à identifier celles qui manquent aux acteurs, voire les éventuels « *empêchements* » (Clot, 2001 ; 2010) auxquels ceux-ci doivent faire face, aujourd'hui au sein des établissements de santé, du fait des choix organisationnels que nous avons ici présentés.

Résumé du chapitre 7

Deux résultats de la thèse sont mis en évidence dans ce chapitre.

En premier lieu, nous repartons de la grille d'analyse de l'activité mobilisée dans les chapitres 4, 5 et 6 et montrons que le management de l'établissement étudié et, d'une façon plus générale, l'instrumentation portée par les tutelles tendent à considérer la situation dite « normale » (non perturbée et ne présentant pas d'incertitudes) comme la situation de référence : **la stratégie de gestion des événements alors davantage tournée vers « l'anticipation » (Wildavsky, 1988) que la « résilience »**. L'instrumentation en place vise à équiper cette situation de façon privilégiée, d'une part en définissant des situations standards tournées vers l'optimisation du système et d'autre part en maintenant l'activité dans cette situation de référence, notamment au travers d'outils de gestion informatisés, en prenant appui sur le caractère rigide de leur « *substrat technique* » (Hatchuel et Weil, 1992, p. 123). Toutefois, nous montrons que la situation de gestion est par nature singulière et que l'activité s'écarte ainsi constamment de la trame préétablie. Nous signalons à ce titre que les choix opérés par l'établissement en matière de gestion des événements peuvent être en eux-mêmes une source de désorganisation potentielle.

En second lieu, nous nous appuyons sur ce résultat pour interroger le travail réalisé par les acteurs lorsque l'activité s'écarte de la trame préétablie. **A la lumière du concept de situation de gestion, nous montrons que ce travail s'apparente à ce que nous avons appelé un « travail de reconstitution de la méta-situation »**. Face au caractère dispersé à la fois dans le temps et dans l'espace des situations de gestion, et du fait des fortes interdépendances observées entre celles-ci, il s'agit d'obtenir une vision d'ensemble de l'activité, avant de prendre une décision sur les actions à déployer pour réguler la perturbation. Ce travail de reconstitution de la méta-situation peut s'apparenter à un « *travail de médiation* » (Grosjean et Lacoste, 1999) à travers lequel chacun communique les informations dont il est en possession du fait des situations dans lesquelles il a été impliqué, informations nécessaires au travail d'autres acteurs. Toutefois, nous montrons que l'implication d'un acteur dans une situation de gestion est à la fois partielle (plan cognitif) et partielle (plan politique) : **plus qu'un travail de médiation, la reconstitution de la méta-situation s'apparente à une véritable « discussion » (Detchessahar, 2003 ; 1997) à travers laquelle les personnels réalisent des arbitrages entre des contraintes et des intérêts divergents, de façon à parvenir à un accord.**

CHAPITRE 8 :

L'AGENCEMENT ORGANISATIONNEL DES SITUATIONS PERTURBÉES : LA NÉCESSITÉ D'ÉQUIPER LE TRAVAIL DE RÉGULATION LOCALE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Notre entrée par les situations de gestion nous a conduite à nous pencher au plus près de l'activité réelle des blocs opératoires. Nous avons dès lors identifié un travail de régulation locale pris en charge par les acteurs, lorsque les comportements dictés par la règle ne permettent plus d'agir, face au caractère intrinsèquement singulier des situations de gestion. Nous avons ici souligné les limites de la « *stratégie d'anticipation* » (Wildavsky, 1988) vers laquelle semblent aujourd'hui tournés les établissements de santé. Pourtant, la situation de gestion appréhende l'activité dans son contexte organisationnel, ce qui doit nous conduire à interroger l'organisation en place face à ce travail de régulation. De ce fait, nous allons, à présent, nous attacher à caractériser de façon plus précise les agencements organisationnels (Girin, 1995) qui se dessinent pour prendre en charge les perturbations.

Le travail auquel nous proposons à présent de nous atteler comprendra deux dimensions. Nous chercherons tout d'abord à décrire et à analyser de manière critique l'agencement qui se construit en situations perturbées. Il s'agira d'identifier en quoi les choix organisationnels opérés par les établissements de santé peuvent aujourd'hui soutenir le travail de régulation locale mais également lui faire obstacle. C'est ici plus particulièrement l'articulation entre stratégie de résilience et stratégie d'anticipation que nous questionnerons. Par ailleurs, nous chercherons par ce travail à générer des recommandations à caractère opérationnel, afin de produire des connaissances « *actionnables* » (Hatchuel, 2005). Nous pensons en effet, en accord avec Journé et Raulet-Croset (2004), que « *plutôt que de chercher à exclure la logique des situations du champ des organisations, il conviendrait, (...) de s'appuyer sur ce concept pour penser de nouvelles formes de rationalisation des organisations productives* » (p. 22). Nous chercherons dès lors à identifier de quelles manières l'organisation des soins peut s'orienter vers une « *stratégie de résilience* » (Wildavsky, 1988) afin de soutenir ce travail de régulation locale pris en charge par les acteurs au sein des blocs opératoires, face au caractère singulier des situations de gestion. C'est ici très concrètement « *l'ingénierie de la résilience* » (Le Coze, 2009) au sein des établissements de santé que nous questionnerons. Toutefois, nous avons dans le chapitre précédent apparenté ce travail de régulation locale à un travail de « reconstitution de la méta-situation ». Ainsi, au-delà de la situation de gestion, la thèse révèle qu'un autre niveau d'analyse doit être considéré lorsqu'on s'intéresse aux modes de coordination du travail : la méta-situation. C'est à ce double niveau (situation/méta-situation) qu'il va s'agir d'équiper le travail de régulation locale. Or, le chapitre précédent nous a conduite à inscrire la discussion au cœur du travail de reconstitution de la méta-situation. Finalement, nos résultats montrent que l'agencement organisationnel qui prend en charge les perturbations s'apparente à un véritable « *espace de discussion* » (Detchessahar, 1997). Dans cette perspective, nous interrogerons dans le

présent chapitre la manière dont l'organisation peut « équiper » ces espaces de discussion, c'est à dire « *soutenir, faciliter ou informer la discussion de manière à la rendre la plus productive possible* » (Detchessahar, 2003, p. 73). L'enjeu de performance est ainsi bel et bien au cœur de notre analyse : la thèse doit permettre de contribuer à l'amélioration des processus de prise en charge des événements car ceux-ci représentent aujourd'hui un coût non négligeable pour les établissements de santé. La régulation des perturbations, parce qu'elle n'est pas suffisamment soutenue dans les cours d'action, est un processus long et coûteux à la fois pour l'organisation (sous-utilisation des ressources disponibles du fait de moments d'inertie) et pour les acteurs (dissonance cognitive et nécessité d'arbitrer à son niveau entre des intérêts contradictoires, nous l'avons vu ; problèmes de reconnaissance sur lesquels nous reviendrons).

Compte-tenu de la grille d'analyse que nous proposons, « équiper » le travail de régulation locale dans une perspective de résilience soulève deux enjeux principaux pour le management : il s'agit d'une part de déployer une organisation qui soutienne les acteurs face à l'incertitude dans laquelle ils se trouvent plongés en situations perturbées. Celle-ci tient pour partie à l'éclatement de l'activité et aux visions nécessairement partielles et partiales que chacun possède dès lors sur la situation d'ensemble ; elle peut également relever du choix à opérer, de la solution à retenir pour réguler la perturbation, bref, du processus décisionnel. D'autre part, les ressources organisationnelles à mettre à disposition des acteurs concernent la régulation de l'événement proprement dit : ce sont ici les modalités de la mise en œuvre de la solution qu'il faut interroger.

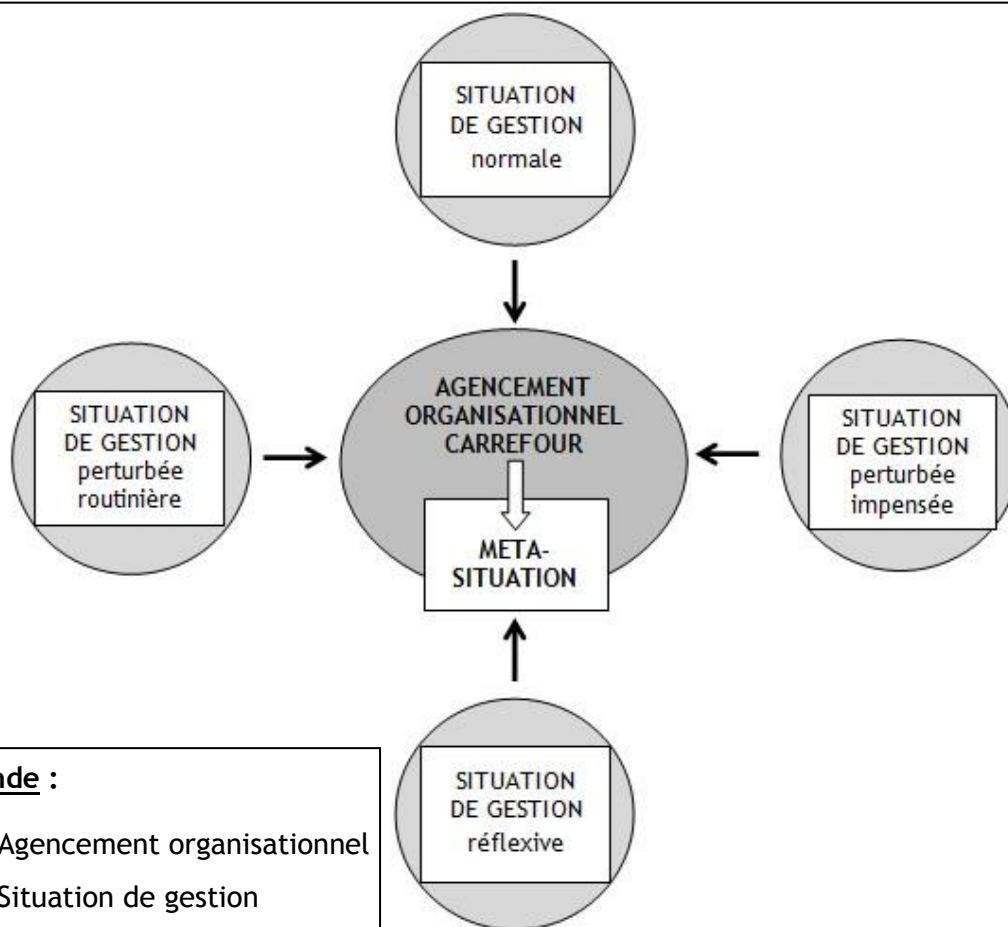
Dans ce chapitre, nous nous intéresserons dès lors aux ressources que l'organisation doit déployer pour informer la discussion : il s'agira d'interroger l'agencement organisationnel qui se dessine dans le « *travail de médiation* » (Grosjean et Lacoste, 1999), ce qui fera l'objet de notre première partie. Par ailleurs, il faudra nous intéresser plus spécifiquement à la façon dont l'organisation peut « *soutenir les mécanismes discursifs* » (Detchessahar, 1999, p. 29) de ces espaces de discussion afin d'élaborer collectivement une solution, mais aussi aux ressources matérielles et symboliques à mettre à la disposition des acteurs pour faire appliquer cette décision. Enfin, puisque nous cherchons dans ce travail à encourager l'adoption d'une stratégie de résilience par les établissements de santé, il nous faudra questionner les modalités d'apprentissage de l'organisation. La résilience se caractérise en effet par sa capacité à apprendre des situations imprévues, afin d'en « *tirer parti pour améliorer les défenses du système* » (Journé, 1999, p. 74). Dans une troisième partie, nous porterons ainsi notre réflexion sur les dispositifs organisationnels en place ou à déployer afin d'améliorer le travail de régulation dans le temps.

1. LE ROLE DES AGENCEMENTS-CARREFOURS DANS LA RECONSTITUTION DE LA MÉTA-SITUATION

C'est donc en premier lieu à la manière dont l'organisation peut informer la discussion que nous souhaitons nous intéresser. Nous allons ici porter notre réflexion sur les ressources que mobilise le « *travail de médiation* » (Grosjean et Lacoste, 1999) inhérent, nous l'avons vu, à la reconstitution de la méta-situation.

Nos résultats mettent en évidence l'importance des ressources « pivots » pour faire face au caractère éclaté et fragmenté des situations de gestion, pourtant fortement dépendantes les unes des autres, et que nous avons mis en évidence dans le chapitre précédent. Ces ressources pivots vont favoriser la rencontre des différentes situations de gestion, au sein d'espaces physiques (des lieux, des outils papiers, *etc.*), virtuels (des outils informatiques) et cognitifs (ce qui questionne à la fois les ressources humaines et symboliques (la communication)). L'analyse du travail de reconstitution de la méta-situation nous a conduite à placer l'acteur et son activité dialogique au cœur de l'agencement qui se construit pour réguler les perturbations. Finalement, ces ressources pivots, au carrefour des situations, vont jouer un rôle essentiel dans ce travail de médiation puisqu'elles vont élargir le périmètre d'implication des acteurs au sein des différentes situations de gestion. C'est à notre sens un résultat fort quant au lien que l'on peut opérer, sur le plan théorique, entre les agencements organisationnels et les situations de gestion, deux concepts développés par Girin (1995 ; 1990a ; 1983a) dont il n'explicite toutefois pas clairement les relations. D'un point de vue opérationnel, ce résultat nous conduit à plaider en faveur de la conception d'« agencements organisationnels carrefours » afin de soutenir le travail de reconstitution de la méta-situation, comme le met en évidence la figure suivante :

Figure n° 17 - Soutenir la reconstitution de la « méta-situation » : un agencement organisationnel au carrefour des différentes situations de gestion



Notre analyse se portera tout d'abord sur les ressources matérielles de l'agencement-carrefour, en interrogeant les lieux et les conceptions architecturales (1.1), mais également les outils (1.2) que l'on peut identifier en son sein. Il s'agira ensuite de questionner les ressources humaines-pivots de l'agencement ce qui nous conduira à étudier la division du travail en place au sein de l'établissement étudié (1.3).

1.1. L'importance de la conception-architecturale des espaces de travail : le rôle des lieux-pivots

Le lieu constitue une dimension ambivalente de la situation. Nous l'avons appréhendé comme un facteur de division, d'éclatement entre les membres d'un même collectif, puisqu'il dessine une frontière entre les différentes situations de gestion, entre les acteurs qui se trouvent en son sein et ceux qui en sont absents. Mais dans le même temps, certains lieux, que nous qualifierons de lieux-pivots ou lieux-carrefours, favorisent le rapprochement des différentes situations de gestion. Il en est ainsi de l'espace commun de travail que nous avons identifié au sein de chaque bloc opératoire, dans lequel plusieurs

acteurs travaillent en parallèle, et qui constitue aussi, de par sa position au sein du bloc opératoire (au centre, permettant d'avoir une large vision des salles d'opération et de l'activité qui s'y déroule) et du fait des équipements dont il est doté (entrepôt de matériel en orthopédie, accès à des outils informatiques de supervision ou de structuration de l'activité pour les deux blocs) un lieu de passage « obligé » entre deux interventions. Le croisement d'acteurs issus de situations de gestion diverses favorise les échanges au sein de cet espace, et particulièrement les échanges de médiation : chaque acteur entrant dans ce lieu est porteur d'une vision à la fois partielle et partielle de la méta-situation (liée aux intérêts qu'il défend du fait des situations dans lesquelles il est impliqué, du rôle qu'il y a occupé et des objectifs individuels qu'il poursuit, rappelons-le). La rencontre dans cet espace-pivot va ainsi favoriser la reconstitution de la méta-situation.

Nous avons auparavant fait état du contexte de vigilance dans lequel se déroule ce travail. Or, nos résultats montrent que contexte et ressources ne peuvent être dissociés au sein de l'agencement : si les acteurs exercent une certaine vigilance à l'égard des situations, la composition architecturale du bloc opératoire qui les incite à se rendre dans ce lieu-carrefour à maintes reprises au cours de la journée (ne serait-ce que pour aller chercher du matériel supplémentaire) ne fait que renforcer cet état de conscience en leur offrant la possibilité de traduire la vision partielle qu'ils ont d'une situation auprès d'autres acteurs et de s'informer en retour de l'état d'avancement de l'activité.

Au-delà des ces espaces communs de travail, c'est de façon plus générale la conception architecturale du bloc opératoire qui favorise l'élargissement du spectre d'implication des acteurs dans les différentes situations de gestion. Ainsi, la présence de vitres ou de trappes sur les portes des salles d'intervention va favoriser le recueil d'information visuel et finalement l'implication à distance des acteurs dans la situation, sans engendrer de perturbations (cette architecture permet de contourner les contraintes en matière d'hygiène qui rendent délicate l'interaction orale en face à face, mais également de limiter le dérangement occasionné par le téléphone, en pleine intervention). La discussion s'organise donc dans des espaces divers et à travers des « canaux » de communication multiples (auditifs, visuels, gestuels...). De la même manière, l'agencement des lieux tel qu'il a parfois été conçu (par exemple positionner les portes d'entrée/sortie des salles d'intervention face au sas d'entrée des patients) occasionne un certain nombre de points de contact entre les différentes situations de gestion en même temps qu'il facilite l'implication des acteurs dans de nouvelles situations, de façon spontanée ou à travers la convocation par d'autres acteurs, déjà parties-prenantes de la situation. Ce phénomène, souvent associé par les personnels à la contingence de la situation, au hasard, relève en

réalité bel et bien de l'ingénierie des espaces et appelle par conséquent à la conception d'architectures favorisant la « *prise d'informations réciproques (...) sur le déroulement du travail collectif* » (p. 612-13, comme le mettent en exergue Martin et Gadbois dans leurs travaux sur l'hôpital (2004).

1.2. Les outils-pivots : impact des choix organisationnels sur l'activité réelle

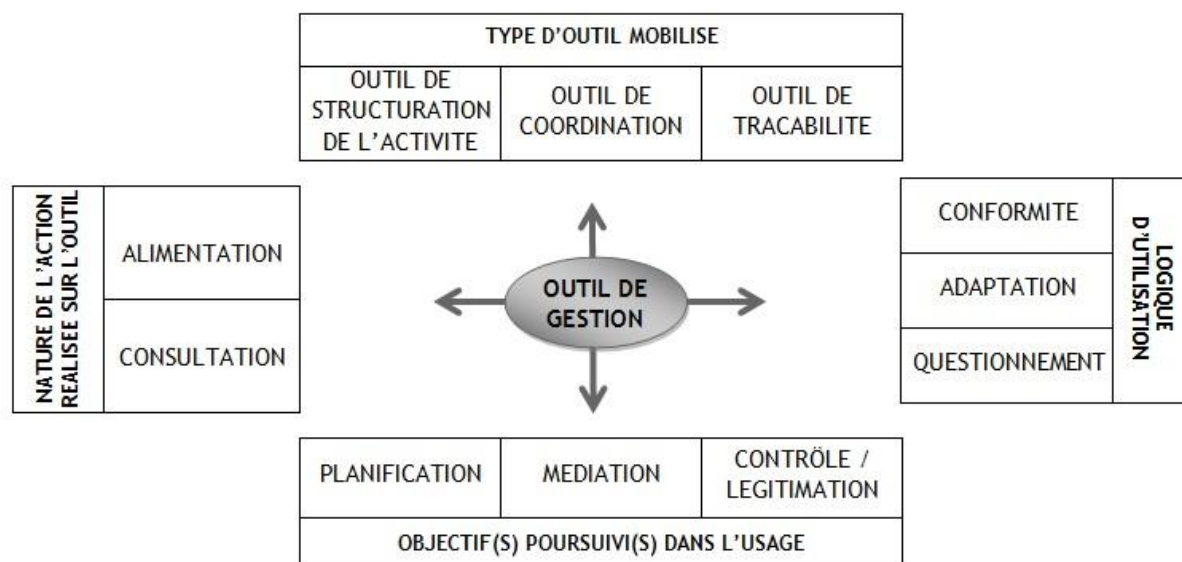
Si « *une situation de gestion se présente lorsque des participants sont réunis* », Girin (1990a, p. 142) souligne toutefois la possibilité que cette réunion ne s'effectue pas dans une interaction en face à face mais « *par d'autres moyens, tels que le courrier, le téléphone ou des réseaux informatiques* ». Ainsi, au-delà des conceptions architecturales, les outils-pivots vont eux aussi constituer une ressource centrale de l'agencement-carrefour en soutenant le travail de médiation au regard de ce que Lorino (2009) appelle leur « *fonction de configuration spatio-temporelle* » (p. 96) : l'outil va permettre de « *rendre présents dans la situation des éléments de contexte et des activités localisées dans des espaces lointains (...) ou dans des temps éloignés* » (id.). Il favorise en cela la reconstitution de la méta-situation. Avant de présenter plus spécifiquement les outils que nous qualifions de pivots, revenons au préalable sur les différents instruments que nous avons identifiés dans ce travail.

1.2.1. Proposition d'une grille d'analyse des outils de gestion mobilisés en situation

Dans la présentation de nos résultats de terrain, nous avons parfois parlé d'outils de médiation ou d'instruments de coordination, mais nous avons surtout souligné le rôle des outils de structuration de l'activité ou de planification, mais aussi de contrôle ou de traçabilité. Nous avons en outre été attentive à préciser si l'outil était mobilisé par les acteurs en situation dans un usage plutôt conforme à la façon dont il avait été conçu ou s'il était au contraire entièrement réinventé par les équipes. C'est effectivement l'usage réel de l'outil qui nous intéresse dans ce travail. Toutefois, dans le chapitre 2 de la thèse, nous avons montré que, si une entrée par les situations de gestion nous conduit à adopter une « *perspective situationnelle* » (Goffman, 1991, p. 16) (donc subjective : « *ce dont un individu est conscient à un moment donné* »), l'existence d'un monde objectif n'est pas pour autant remise en cause : l'attention se porte justement sur la façon dont ce monde est « *expérencé* » (Dewey, 1993, p. 128) par les acteurs. Il nous semble dès lors important de rappeler ici la « *double nature objective et subjective* » de l'artefact, déjà souligné par Lorino (2002, p. 15) : l'analyse d'un outil de gestion appelle à étudier la façon dont il est mobilisé en situation par les acteurs, mais aussi à s'intéresser à la nature même de l'outil, à ses attributs, à la façon dont il a été conçu, pensé par l'organisation. On peut

finally, in the case studied, analyze the mobilization of a tool through the four dimensions following¹⁵³ :

Figure n° 18 - Quatre dimensions pour analyser l'usage d'un outil de gestion en situation



Trois types d'outils ont ainsi été développés par l'organisation qui nous a intéressée : des outils dits de « *structuration de l'activité* » (le programme opératoire informatisé à titre principal mais aussi les plannings ou encore les procédures de travail), un terme tiré des travaux de Bancel-Charencol et Jougleux (2004, p. 91) sur les outils de gestion dans le travail en « front-office » ; des outils de coordination (fiches de liaison entre les services, cahier de transmission...) ; des outils de traçabilité (liés à l'activité étudiée - conserver une trace des actes réalisés - et matérialisés au sein des blocs étudiés par ce que nous avons appelé la « *feuille d'écologie* »). En parallèle, notre travail nous a conduite à identifier trois rôles que ces différentes catégories d'outils peuvent potentiellement jouer en situation : planifier (prévoir, programmer le travail) ; contrôler (s'assurer que le travail réalisé est conforme à la façon dont il a été organisé et encadré par des procédures) ; enfin, nous avons identifié un troisième rôle à jouer par l'outil dans l'action, un rôle que nous avons qualifié de « médiation ». Ce terme fait écho aux travaux de Grosjean et Lacoste (1999) sur « *le travail de médiation* » auquel nous nous intéressons ici : les acteurs mobilisent ainsi un outil dans une perspective de « médiation » afin de recueillir ou de transmettre des informations sur l'état des situations de gestion à la fois passées, présentes et futures. Si les outils mobilisés dans l'optique de planifier l'activité renvoient

¹⁵³ La grille d'analyse proposée diffère ainsi pour partie des différentes sous-catégories formalisées dans l'annexe n° 5 pour la catégorie des « outils » : effectivement, nous avons précisé au préalable que l'analyse s'est poursuivie tout au long de l'écriture de la thèse.

une vision des situations futures, si de surcroît, les instruments utilisés pour contrôler le travail réalisé produisent une représentation des situations passées, seul l'outil de médiation va fournir une image des situations présentes telles qu'elles se déroulent réellement. Mais le rôle de « médiation » ne se limite pas, dans la conception que nous en proposons, à la connaissance. L'outil est également utilisé par les acteurs dans une perspective de médiation pour agir sur la réalité dont ceux-ci ont pris connaissance, dans une optique de changement, en situation.

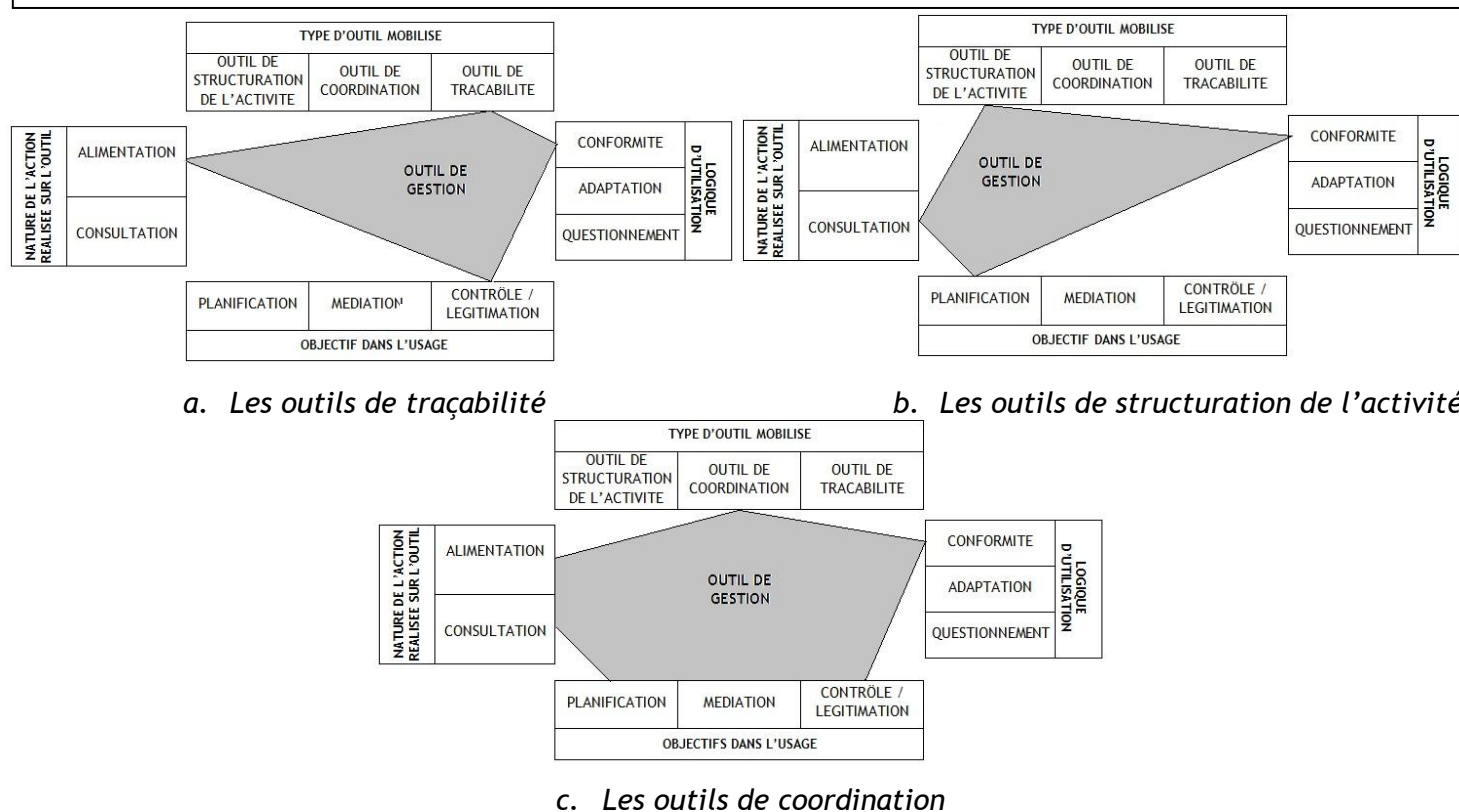
Moisdon (1997) définit l'outil de gestion comme « *un ensemble de raisonnements et de connaissances reliant de façon formelle un certain nombre de variables issues de l'organisation (...) et destiné à instruire les divers actes classiques de la gestion, que l'on peut regrouper dans les termes de la trilogie classique : prévoir, décider, contrôler* » (p. 7). Si l'usage de planification renvoie bien à l'acte de « prévoir » proposé dans cette définition tandis que l'usage de contrôle doit effectivement permettre aux acteurs de « contrôler », c'est l'usage de « médiation » tel que nous le concevons qui offre aux acteurs la possibilité de « décider » : effectivement, l'instrument tel qu'il est mobilisé permet de connaître, donc d'informer la décision ; la transformation, le changement porté par l'outil induira lui-même la prise de décision. Il nous semble finalement retrouver ces deux dimensions chez Moisdon (1997). Selon l'auteur, les « *outils de conformation* » (qui renvoient sur notre schéma précédent aux usages de planification et de contrôle) laissent peu à peu place à trois configurations d'usage possibles des outils : les « *outils d'investigation des fonctionnements organisationnels* » que l'on peut rattacher à la visée de connaissance, mais aussi les « *outils de pilotage de la mutation* » et les « *outils d'exploration du nouveau* » (p. 9) qui sont quant à eux davantage orientés vers le changement¹⁵⁴.

¹⁵⁴ Moisdon (1997) s'intéresse ici au rôle joué par un outil lors de l'élaboration de celui-ci, au moment de son introduction dans l'organisation (à partir de différents cas d'intervention) et non réellement dans ce que l'on peut appeler les « cours d'action ». Les différentes configurations d'usage des outils qu'il propose sont toutefois très proches des usages que nous avons observés en situation, sur notre terrain : les acteurs s'attacheront ainsi à « *la connaissance et l'exploration du réel* » (p. 8) lorsqu'ils mobiliseront les outils pour transmettre ou obtenir des informations sur l'état d'une situation passée, présente ou future. La dynamique de changement est également présente lorsqu'ils ont recours aux outils pour élaborer des propositions d'action, parfois en agissant directement sur le plan (le programme opératoire) (une dimension proche des « *outil d'exploration du nouveau* ») et lorsqu'ils mobilisent ces dispositifs pour déployer les décisions qui ont été prises, les changements opérés (une perspective proche des « *outils d'accompagnement de la mutation* » mis en évidence par l'auteur).

1.2.2. Les outils-pivots de « médiation », non envisagés par l'organisation

Nos résultats montrent que si les outils ne présentent pas en soi un caractère normatif puisque, nous l'avons signalé au préalable, la production de l'instrument se poursuit toujours lors de la mobilisation de celui-ci, il nous semble toutefois que des usages privilégiés de l'outil se dessinent en situation selon la façon dont l'instrument a été conçu, notamment au regard de sa matérialité « objective », de son « *substrat technique* » (Hatchuel et Weil, 1992, p. 123). D'autres usages seront à l'inverse empêchés ou contraints pour cette même raison. Ainsi, l'outil « *produit simultanément des effets de contrainte et d'habilitation* » (Lorino, 2009, p. 96). La figure proposée ci-dessous synthétise la façon dont les différents types d'outils recensés sont en priorité mobilisés par les personnels dans la « situation de référence », celle que l'organisation a équipée et dans laquelle elle tente de maintenir l'activité :

Figure n° 19 - Usages privilégiés des outils dans la situation de référence



On le voit, les outils de coordination (c.), déjà peu présents dans l'établissement étudié, participent tout autant de la planification (par exemple les fiches de liaison bloc-stérilisation) et du contrôle (l'outil de « *supervision du bloc* » notamment est largement utilisé par les responsables pour s'assurer que l'activité du bloc opératoire suit bien son cours programmé (horaires, affectation des personnels...)) que du « *travail de médiation* » (Grosjean et Lacoste, 1999). Et nos résultats signalent la prééminence des outils de

traçabilité (a.) surtout tournés vers le contrôle (bien que l'on voie en usage se dessiner d'autres rôles, tels que la planification par exemple dans les rapports avec la stérilisation) et des outils de structuration de l'activité (b.), tout entiers tournés vers la planification du travail¹⁵⁵. Ce constat s'explique par l'activité même des établissements de santé qui, composant avec des vies humaines, appelle à un contrôle rigoureux des actes effectués, mais également par la stratégie de gestion des risques dans laquelle s'inscrivent les établissements : la stratégie d'anticipation. Ainsi, nous avons montré dans le chapitre précédent que la « situation de référence » est, pour l'organisation, la situation que nous avons appelée « situation normale », dans la grille d'analyse proposée : maintenir l'activité dans la situation normale, c'est à tout prix éviter que des perturbations ne surgissent. Dès lors, les outils de structuration de l'activité, de coordination et de traçabilité servent en priorité des usages de planification (organiser la situation de façon à optimiser l'usage des ressources et à limiter les événements : maintenir l'activité dans la situation « de référence ») et de contrôle (vérifier que la situation s'est déroulée conformément à la façon dont elle avait été organisée). Loin de constituer un soutien aux acteurs dans la régulation des perturbations, ces outils s'érigent en réalité comme une contrainte supplémentaire, des instruments qu'il faut alimenter dans les cours d'action, même lorsque la contingence de la situation appelle à d'autres priorités (exemple : prise en charge d'une urgence versus alimentation de l'outil, une prescription cristallisée dans le dispositif du fait de sa matérialité : renseigner tel champ de l'outil à tel moment de la prise en charge...) et à travers le prisme duquel le travail sera évalué par comparaison avec la situation telle qu'elle a été organisée (calcul de ratios de performance¹⁵⁶). Ce dernier aspect est essentiel, il révèle la façon dont le processus de régulation des événements est envisagé par l'organisation : c'est à partir de boucles de rétrocontrôles que l'organisation capitalise sur les situations perturbées. Des décalages entre la façon dont l'activité a été programmée (à partir du programme opératoire) et la manière dont elle s'est réellement déroulée donneront lieu à la production de nouveaux dispositifs de gestion (règles, outils de structuration de l'activité ou de coordination, etc.) permettant de « planifier » le travail.

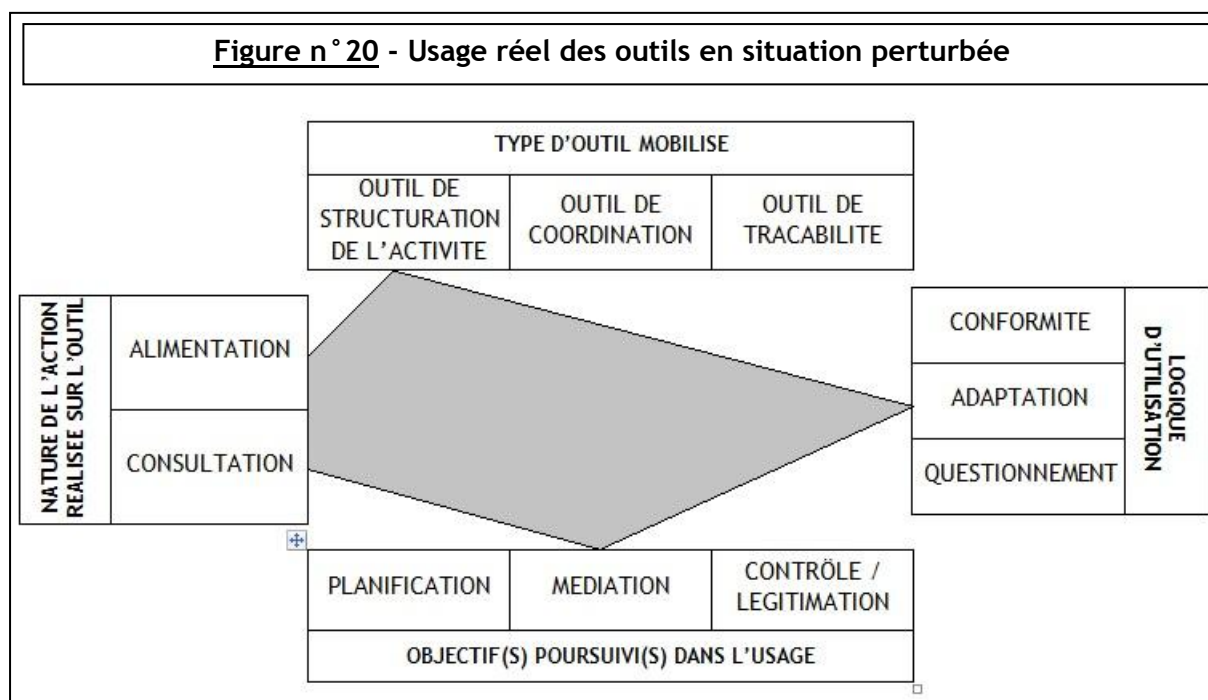
¹⁵⁵ Nos résultats diffèrent ainsi de ceux de Moisdon (1997) qui constate, dans les organisations qu'il étudie, que « *de plus en plus la face connaissance se substitue à la face conformation* » (p. 43) de l'outil.

¹⁵⁶ Voir à ce sujet le rapport MEAH (2006), « *Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques. Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées* », dont nous avons fait état au chapitre 1 de la thèse.

Compte-tenu de ce constat, peu de dispositifs renvoient aux acteurs une image de l'activité réelle à un instant *t* et l'on recense finalement peu d'outils de « médiation » dans l'usage. Pourtant, nos résultats mettent en exergue le rôle central joué par ces dispositifs dans le travail de reconstitution de la méta-situation : ceux-ci s'érigent comme de véritables « outils-pivots » puisqu'ils renvoient l'image à un instant *t* des situations de gestion à la fois passées, présentes (réelles, normales ou perturbées) et futures qui se déroulent en des lieux divers. Peu d'outils viennent ainsi équiper la décision : effectivement, nous avons montré dans la présentation de nos résultats de terrain que l'activité décisionnelle survient surtout en situation perturbée et qu'elle est peu présente dans la situation normale « de référence ».

Dès lors, notre travail révèle qu'en situation perturbée, à la différence des situations normales, l'agencement organisationnel est véritablement reconstruit par les acteurs à partir des ressources disponibles. A l'inverse des situations normales dans lesquelles les ressources sont mobilisées dans une logique de conformité (malgré une nécessaire réappropriation des dispositifs organisationnels, du fait de la perspective qui est la nôtre¹⁵⁷), les ressources vont être ici fortement adaptées, parfois entièrement réinventées, certaines seront saisies mais d'autres abandonnées par les acteurs, afin de faire face à la contingence de la situation. Compte-tenu de notre développement précédent, il apparaît que l'usage qui est fait des instruments en situation perturbée traduit un besoin qui n'est pas comblé par l'outil tel qu'il a été conçu : la « médiation ». L'usage réel des outils, par exemple de « structuration de l'activité », en situation perturbée peut alors être représenté de la façon suivante, à partir des quatre dimensions proposées au préalable (cf. : figure n°18) :

¹⁵⁷ Logique de conformité et appropriation des dispositifs ne sont pas incompatibles, comme l'explique Moisdon (2005) qui fait état, d'une façon générale, d'« *une relative conformation de l'acteur (...) à l'appareillage gestionnaire qui encadre son activité, conformation qui évidemment n'exclut pas le jeu* » (p. 241).



Effectivement, l'adaptation de l'outil concerne principalement, nous l'avons vu, le programme opératoire informatisé mobilisé sur un support papier (un outil dit de « structuration de l'activité ») : dans la reconstitution de la méta-situation, l'adaptation du programme opératoire doit notamment¹⁵⁸ permettre de cristalliser sur un même support (un outil papier) l'ensemble des situations passées, présentes et futures réelles, au lieu de devoir manier divers outils destinés à la planification et au contrôle et qui ne fournissent en eux-mêmes qu'une vision partielle de l'activité (passée ou future, le programme opératoire ne constituant nullement un dispositif de renseignement sur l'activité réelle présente mais bien une source d'information sur l'activité probable future). Un outil mis à la disposition des acteurs par l'organisation participe pourtant pleinement de cet objectif : le « *cahier de transmission* ». Il fait en effet le lien entre les équipes du matin et du soir en dressant à un moment t (à l'issue d'un cycle d'activité) une image de la méta-situation constituée de situations passées (les éventuels problèmes rencontrés et notamment ceux qui demeurent en suspens : du fait de l'interdépendance des situations, ceux-ci peuvent avoir un impact sur l'activité ultérieure) mais aussi à venir dans un futur proche ou lointain (et tenant compte des éventuelles modifications par rapport au programme tel qu'il a été conçu). Toutefois, nous avons signalé la constance des perturbations dans l'activité des blocs opératoires, et la vigilance à laquelle s'astreignent dès lors les acteurs dans ce contexte. Cet outil papier ne soutient pas le travail de reconstitution de la méta-situation

¹⁵⁸ Nous allons voir par la suite que l'outil ainsi réinventé n'est pas seulement utilisé dans l'optique de « connaître » mais qu'il joue un rôle essentiel dans la prise de décision et la mise en œuvre des changements : au regard de ces différentes dimensions, son usage se rapproche effectivement du rôle de « médiation » tel que nous l'avons défini au préalable.

à tout instant, il constitue une ressource-pivot uniquement lors de la période de relève entre équipes du soir et du matin. L'adaptation du programme opératoire vise au contraire à fournir à tout moment une vision actualisée des situations passées, présentes et futures réelles. Si l'outil informatique, tel qu'il a été conçu, n'offre pas cette possibilité, limiter le travail de reconstitution de la méta-situation à la communication orale ne semblait en revanche pas suffisant par rapport aux possibilités qu'offre le support écrit, comme Goody (1994 ; 1979) le met en évidence dans ses travaux : « *l'écriture fragmente le flux oral, ce qui permet de mettre côte à côte (...) des énoncés émis à des moments et dans des lieux différents* » (Goody, 1979, p. 50). L'outil, tel qu'il a été réinventé par les acteurs en recourant à un support écrit, réunit des situations de gestion dispersées dans le temps et dans l'espace. Il participe ainsi pleinement du travail de médiation dont nous faisons ici état. Nous reviendrons par la suite sur les nouvelles fonctionnalités qu'offre l'outil tel qu'il a été réinventé par les acteurs. Notons toutefois d'emblée que le phénomène que nous mettons en évidence (besoins non comblés par les ressources organisationnelles à disposition des acteurs) ne va pas sans poser problème dans l'établissement étudié : la réinvention locale de l'outil génère des défaillances importantes en matière de fiabilité des informations ainsi portées par les outils de « médiation », nous y reviendrons par la suite.

1.2.3. Divergences entre la notion d'outils-pivots et le concept d'« objets-frontières » : l'entrée par les situations de gestion

Nous avons, dans le chapitre 2, considéré le concept d'« objet-frontière » (Star et Griesemer, 1989) développé dans la lignée de la sociologie de l'acteur réseau. Ce concept n'est pas sans rappeler celui de ressources-pivots que nous proposons dans ce travail : ainsi, nous avons montré dans le chapitre 2 que la « frontière » semble désigner, dans la notion d'« objet-frontière », ce qui sépare et dans le même temps ce qui se situe à la croisée de deux mondes, de deux espaces ou de deux temporalités. Les résultats de la thèse s'écartent toutefois de ces travaux sur deux aspects. En premier lieu, à la différence de ces écrits, nous ne donnons pas aux acteurs et aux objets le même statut dans l'action et tout particulièrement sur la question qui nous intéresse (la coordination), nous l'avons déjà souligné. Ainsi, dans la lignée des résultats de Girin (1995) puis de Journé (1999), nous avons mis en évidence l'asymétrie de ressources qui caractérise les agencements organisationnels étudiés : ce ne sont pas les dispositifs techniques que nous mettons au cœur de l'agencement en situation perturbée mais bien les acteurs et l'activité dialogique et cognitive à laquelle ils se livrent. Les ressources non-humaines mais également le contexte organisationnel dans lequel elles s'insèrent sont questionnés sur la façon dont ils

soutiennent ou au contraire entravent le travail de régulation locale entrepris par les acteurs. En second lieu, les écrits sur la notion d'« *objets-frontières* » entrent sur des questions de coordination par l'observation des « *mondes sociaux* », ce qui n'est pas la perspective retenue dans la thèse. En effet, ces travaux s'intéressent à la façon dont différents « *mondes sociaux* » (Star et Griesemer, 1989) parviennent à coopérer entre eux. L'accent est notamment mis sur la « *flexibilité interprétative* » (Star, 2010) des objets-frontières : l'objet, « *mal structuré* » (Star, 2010, p. 21-22), peut donner lieu à des usages divers et variés entre les différents mondes sociaux qui l'utilisent. Cette notion de « *mondes sociaux* » nous semble particulièrement ambiguë, telle qu'elle est mobilisée dans ces écrits. Si certains auteurs réfèrent explicitement à travers cet usage à des « *mondes professionnels* » (Boutet, 2010), il nous paraît plus pertinent, compte-tenu de nos réflexions précédentes, d'appréhender les « *mondes sociaux* » comme renvoyant aux situations de gestion dans lesquelles les acteurs sont intégrés : nous avons en effet montré que les divergences d'intérêts et de contraintes tiennent, au-delà de la catégorie professionnelle d'appartenance, à la situation de gestion dans laquelle chacun se trouve impliqué. Le recours aux situations de gestion nous semble ainsi particulièrement éclairant de la « *flexibilité interprétative* » dont il est ici fait état. Dans notre travail, nous avons effectivement mis en exergue des usages différents des outils entre des catégories professionnelles hétérogènes (notamment sur le dispositif de structuration de l'activité, utilisé à des fins de planification pour le management, mais jouant davantage un rôle de « médiation » pour l'équipe). Toutefois, au-delà de ces « *mondes professionnels* », nous avons montré que c'est plus fondamentalement la nature de la situation qui oriente l'usage de l'outil et la place qu'on lui donne dans l'action à un moment *t* : un outil sera ainsi adapté à une situation particulière mais moins à une autre.

1.3. L'acteur-pivot au cœur de l'agencement organisationnel

Nous venons de faire état de l'existence d'une certaine asymétrie de ressources au sein des agencements identifiés : ce sont les acteurs et leurs capacités tant discursives que cognitives que nous avons placés au cœur du travail de régulation déployé en situations perturbées et qui vont dès lors constituer la ressource principale de l'agencement. Ainsi, espaces de travail et outils de gestion ne peuvent être appréhendés indépendamment des acteurs qui les sollicitent.

Dans leurs travaux, Grosjean et Lacoste (1999), plaçant l'acteur au cœur de leur réflexion, mettent l'accent sur l'importance des « *traducteurs* » (p. 192) à l'hôpital. Selon ces auteurs, cette fonction doit disposer d'une légitimité technique et statutaire mais aussi maîtriser les logiques de pensée des différents groupes professionnels. Nous pensons quant

à nous que nul acteur, au sein des établissements de santé, n'est en mesure de maîtriser les logiques d'action propres à chaque catégorie. En revanche, notre travail indique qu'au-delà de la catégorie professionnelle, les intérêts défendus par chaque acteur relèvent pour partie de la situation à laquelle il appartient. Il convient dès lors, à défaut d'ériger des fonctions de « *traducteurs* » entre les différents groupes professionnels, de concevoir dans les organisations de soins des « fonctions-pivots » situées à la croisée des différentes situations de gestion et à même d'entendre et de prendre en compte les intérêts propres à chacune. Le rôle de ces acteurs-pivots a été abordé par Journée et Raulet-Croset (2008 et 2004) dans leurs travaux sur les situations de gestion ambiguës. Les auteurs qualifient les ressources humaines d'acteurs-pivots du fait qu'elles reconstruisent l'agencement, en convoquant ou non un certain nombre de ressources au sein des situations perturbées qu'il faut réguler. Et c'est finalement au manager que les auteurs confèrent le statut d'acteur-pivot dans la situation analysée, mettant par là l'accent sur une caractéristique fondamentale de cet acteur : la responsabilité qui lui incombe dans la situation et qui déclenche de sa part un processus d'enquête conduisant à la construction ou reconstruction du sens de la situation. La question est ainsi thématisée par ces auteurs sous l'angle de la légitimité, du pouvoir dont un acteur dispose ou qu'il se sent posséder. Nous serons effectivement amenée à nous intéresser à cette caractéristique dans la suite de notre travail. En revanche, les auteurs n'interrogent pas les outils que l'on confère à l'acteur-pivot, les moyens matériels dont il se voit doté dans la situation : pour notre part, nous définissons en premier lieu l'acteur-pivot à travers les ressources qu'il se voit confier et qui le situent à la croisée d'une multitude de situations de gestion. Cette caractéristique ne présage pas du rôle qu'il sera amené à jouer dans le travail de régulation des perturbations, ce rôle ne pouvant être appréhendé indépendamment du pouvoir dont cet acteur est doté. Mais cette légitimité tient pour partie à la posture de pivot dans laquelle il se trouve, nous y reviendrons par la suite. C'est donc par les ressources matérielles que nous souhaitons entrer sur le sujet qui nous interroge ici.

Au sein des deux cas étudiés, un acteur s'érige comme un acteur-pivot tel que nous le définissons : il s'agit non pas du manager, davantage tourné dans les établissements de santé vers la structuration de l'activité future et finalement « *aspiré* » par de véritables « *machines de gestion* » (Girin, 1983b) qu'il se voit contraint d'alimenter en permanence (Detchessahar et Grevin, 2009), mais bien d'une infirmière de bloc spécifique que nous avons désignée sous le terme d'« *infirmière-coordinatrice* ». Celle-ci se situe au carrefour physique des situations de par son espace de rattachement, l'espace central de travail que nous avons auparavant érigé au rang de ressource-pivot. Or, nous avons vu précédemment que le lieu dans lequel se trouve un acteur est structurant de la situation dans laquelle il

est impliqué : physiquement à la croisée de l'ensemble des situations de gestion qui se déroulent simultanément au sein du bloc opératoire, l'infirmière-coordinatrice va finalement intégrer partiellement l'ensemble de ces situations. Et au-delà du lieu, c'est aussi la temporalité de l'action qui dessine les frontières des situations de gestion. Or, l'infirmière-coordinatrice se situe également sur ce plan au carrefour des situations puisqu'elle est formellement en charge d'animer les périodes de relève qui unissent les différents cycles d'activité et d'alimenter le cahier de transmission dont nous avons au préalable fait état. Ce travail de relève consiste notamment à transmettre à l'équipe montante une image de la méta-situation telle qu'elle a été reconstruite tout au long du cycle d'activité passée, mais aussi à « *élaborer des conjectures sur ses évolutions possibles* » (Journé et Raulet-Croset, 2004, p. 24), en ayant à l'esprit ce que nous qualifierons de « répertoire des possibles », sur lequel nous reviendrons dans la suite de notre travail. Nous nous accordons finalement avec ces auteurs selon qui « *le temps est à la fois une ressource et une contrainte structurante* » (p. 17) de la situation. L'infirmière-coordinatrice n'est pas assignée à une salle d'intervention au cours de la journée opératoire, son rôle se distingue fondamentalement des activités de la panseuse ou de l'aide-opératoire, et elle se voit au contraire astreinte à un travail d'organisation pour lequel du temps lui a été libéré : le temps constitue une ressource symbolique essentielle dans ce travail de régulation, ressource que Girin (1995) n'a toutefois pas explicitement mise en évidence dans ses travaux sur les agencements. La position de pivot de l'infirmière-coordinatrice tient aussi pour partie à la détention d'un outil fortement mobilisé dans les situations perturbées : le téléphone. Notre travail de terrain nous a conduite à mettre en exergue la dimension symbolique de cet objet, annonciateur de problèmes à résoudre. En effet, la sollicitation de l'infirmière par cet outil ne l'amène pas à simplement obtenir ou donner des informations : elle intègre véritablement la situation de gestion perturbée et y prend dès lors des responsabilités (elle a désormais un rôle à jouer dans l'atteinte des résultats poursuivis par la situation). Mais au-delà de ces artefacts, le mandat que l'infirmière-coordinatrice se voit confier la conforte dans cette position d'acteur-pivot : désignée comme l'interlocutrice officielle des salles d'intervention en cas de problèmes, elle se situe au carrefour des différentes situations de gestion. Toutefois, cette responsabilité de l'acteur-pivot dans la situation de gestion ne peut être entendue indépendamment des ressources que l'organisation met à sa disposition. Ainsi, une infirmière-coordinatrice dépossédée du téléphone se voit mise en difficulté : formellement identifiée par l'équipe comme la référente face aux problèmes rencontrés, elle ne dispose pas des outils-pivots nécessaires à la bonne réalisation du mandat qui lui est confié. Le constat que nous établissons ici met bien en exergue la

complémentarité qui s'opère entre les ressources de l'agencement pour obtenir le résultat convoité.

L'existence même de cette fonction d'infirmière-coordinatrice dans la division des tâches telle qu'elle a été opérée au sein de l'établissement traduit une certaine professionnalisation de ce travail de régulation locale, ce qui inscrit nos résultats dans la lignée des écrits de Kostulski (2000, p. 421) sur l'hôpital. Toutefois, Kostulski (2000) appréhende la professionnalisation de ce travail comme une avancée dans la reconnaissance qui lui est faite. Nous ne partageons pas entièrement son point de vue sur cet aspect puisque nos travaux mettent au contraire en exergue la persistance d'importants problèmes en matière de reconnaissance de ce travail du fait qu'il se situe justement au carrefour de l'ensemble des situations : nul acteur n'a de vision globale de ce travail, éclaté dans le temps et dans l'espace, entre les différentes situations de gestion à la croisée desquelles il se dessine. Et ce travail est par nature non routinier : l'expérience ou la connaissance de celui-ci via la procédure ne sont ici d'aucun secours puisqu'il intervient au moment même où la règle devient inefficace pour faire face à la situation. Ce constat appelle à l'organisation de moments de rencontre et à la conception de lieux appropriés pour redonner à ce travail de régulation locale une certaine visibilité auprès du collectif, sous peine de le voir mis en péril. Or, nous verrons dans la suite de notre développement que ces temps d'échange ne sont aujourd'hui pas ou peu envisagés, ce qui n'est pas sans conséquences pour les membres des équipes.

*

« Equiper » la discussion consiste donc en premier lieu à l'informer, ce qui implique de soutenir le travail de médiation réalisé par les acteurs face à l'éclatement de l'activité. Nous appelons ici à la conception d'un agencement-carrefour constitué de lieu et d'outils (dits de « médiation ») pivots et au centre duquel un acteur-pivot est amené à jouer un rôle essentiel. Toutefois, si nos propos ont jusqu'ici mis l'accent sur l'importance de cet acteur dans la centralisation des informations, nous allons voir que le rôle qu'il joue dans la régulation des perturbations va bien au-delà. Nous nous proposons à présent d'étudier plus profondément les processus décisionnels portés par la discussion.

2. LE RÔLE DES RESSOURCES MATÉRIELLES ET SYMBOLIQUES DANS LA DISCUSSION ET LE DÉPLOIEMENT DES SOLUTIONS

Nous avons en effet appréhendé le travail de reconstitution de la méta-situation comme une activité cognitive et discursive qui dépasse dès lors le simple travail de médiation dont nous venons de faire état. L'enjeu de la discussion est d'aboutir à un accord sur la réponse

à offrir à la perturbation rencontrée, et cet accord est nécessairement le fruit d'un compromis, du fait des arbitrages qu'il induit. Sur cet aspect, les ressources de l'agencement, si elles doivent informer la discussion, doivent également soutenir les « *mécanismes discursifs* » (Detchessahar, 1999, p. 29), c'est-à-dire l'arbitrage et l'élaboration de solutions potentielles auxquels les acteurs se livrent dans l'action, afin de prendre une décision. Et lorsqu'à l'issue de la discussion, les acteurs parviennent à un accord, l'organisation doit aussi faciliter la mise en œuvre de la solution retenue. Finalement, nous inscrivons au cœur de cette partie le processus décisionnel, qui nous conduira à appréhender l'« *architecture matérielle* » (Detchessahar, 1999, p. 29) sur lequel il repose (2.1), mais aussi les ressources symboliques sur lesquelles il prend appui. Ce sont ici les marges de manœuvre dont les acteurs se voient dotés, et plus fondamentalement la question du pouvoir à l'hôpital que nous questionnerons (2.2).

2.1. L'architecture matérielle des espaces de discussion

Nous chercherons dans ce développement à identifier les ressources matérielles mobilisées par les acteurs, à la fois dans l'élaboration de la décision, qui repose sur des processus cognitifs et délibératifs, mais aussi dans la mise en œuvre de celle-ci. Il va s'agir d'étudier les instruments de gestion tels qu'ils sont utilisés par les acteurs en situation, ce qui nous conduira à questionner plus en profondeur le processus d'adaptation que nous avons au préalable mentionné.

2.1.1. Soutenir les « *mécanismes discursifs* » dans les cours d'action

Le rôle des outils de gestion dans l'alimentation des acteurs en information a déjà été présenté au préalable : les outils ont alors été appréhendés comme des objets-pivots qui réunissent sur un même support les situations de gestion à la fois passées, présentes et futures qui se déroulent au bloc opératoire et plus globalement dans la clinique toute entière. Face à ce constat, nous avons mis l'accent sur le processus d'adaptation des outils par les personnels des deux blocs afin d'ajuster les ressources mises à disposition par l'organisation à leurs besoins réels (usage de « médiation »). Au-delà de la raison invoquée ci-dessus (vision globale sur un support unique, notamment des situations présentes réelles), les outils réinventés par les acteurs doivent permettre de soutenir l'activité cognitive à laquelle ils se livrent lorsqu'ils cherchent à élaborer une solution face au problème rencontré, en tenant compte de la complexité de la méta-situation. L'usage d'un support écrit donne un caractère permanent à l'information et offre ainsi la possibilité d'un examen rétrospectif (Goody, 1979, p. 221). Cette fonction de mise à distance (Lorino, 2009) favorise l'analyse et la critique des informations portées par

l'outil : « *la communication par l'œil engendre des possibilités cognitives nouvelles par rapport à celles qu'offre la communication par la voix* » (Goody, 1979, p. 221). Mais les systèmes informatisés confèrent eux-aussi une certaine fixité aux données qu'ils intègrent : ainsi, ces caractéristiques de l'écrit ne permettent pas d'expliquer le processus d'adaptation de l'outil informatique par les acteurs vers un support papier. En revanche, une autre caractéristique de l'écrit a été mise en évidence par Goody : il s'agit de la possibilité de réorganiser l'information. L'écrit « *permet de réorganiser l'ordre des choses* » (Goody, 1994, p. 304) ; « *Les énoncés, parce qu'ils sont matérialisés sous forme écrite, peuvent désormais être examinés, manipulés et réordonnés de façons très diverses* » (Goody, 1979, p. 143). L'écrit offre ainsi aux acteurs une certaine souplesse dans l'usage : or, les systèmes informatiques, tels qu'ils ont été conçus au sein de la clinique, présentent un caractère extrêmement rigide à l'alimentation (obligation de renseigner certains champs, possibilités de modification restreintes...). L'adaptation des outils visent dès lors à redonner aux acteurs une certaine souplesse dans l'usage qu'ils font de l'outil, souplesse rendue nécessaire du fait de l'écart entre les informations stipulées dans l'outil de structuration de l'activité (le programme opératoire) et les données dont disposent les acteurs sur l'activité réelle. L'activité cognitive prend appui sur ces outils papiers réinventés qui permettent aux acteurs de mettre l'information à distance (prendre du recul) et de procéder à des essais en matière d'organisation du bloc opératoire qu'ils peuvent réactualiser à tout moment en fonction des nouvelles informations qui leur parviennent. On assiste alors à un renversement de la logique portée par l'outil. L'outil de structuration de l'activité, à caractère essentiellement normatif (usage privilégié de « planification », nous l'avons vu au préalable), en même temps qu'il acquiert une nouvelle matérialité (papier), se trouve réinvesti d'une toute autre portée symbolique : le plan véhiculé par l'outil ne se présente plus aux acteurs sous la forme d'une prescription à suivre à tout prix mais davantage comme « *un modèle idéal de l'objet réel* » (Zarifian, 1995, p. 100), une source d'information sur les situations futures telles qu'elles ont été organisées et sur lesquelles il est possible d'agir. Les acteurs, en redonnant à l'outil une certaine souplesse de par la matérialité qu'il se voit offrir, s'ouvrent ainsi de nouvelles marges de manœuvre dans la gestion de la perturbation. De ce fait, nos résultats s'accordent avec Rabardel selon qui cette genèse instrumentale (1995) contribue au « *développement des capacités et pouvoirs de faire et d'agir du sujet individuel et collectif* » (2005, p. 262).

Par ailleurs, au-delà de la souplesse que l'outil ainsi réinventé confère aux acteurs, un autre aspect de sa matérialité doit être étudié ici : la possibilité d'un usage collectif de l'artefact dans la discussion. Goody (1995) le rappelle dans ses travaux : « *Ce qui*

caractérise l'homme, ce n'est pas tant le fait (...) de recourir à la pensée symbolique, que d'extérioriser, de communiquer ces (...) produits de la pensée symbolique. Et c'est précisément ce genre d'activité qu'encourage, que transforme et même transfigure l'écriture » (p. 263). Nous touchons là encore à la question de la complémentarité entre les ressources de l'agencement au sein duquel l'outil papier est sollicité comme support à l'échange oral qui s'organise entre les acteurs.

2.1.2. Faciliter le déploiement des solutions

Ainsi, l'outil constitue une ressource centrale dans le travail de médiation qu'effectuent les acteurs mais aussi dans l'élaboration de solutions potentielles, de par la matérialité qu'il acquiert à travers le processus d'adaptation mis en œuvre par les personnels du bloc opératoire. Mais l'outil de gestion joue également un rôle central dans la transmission des décisions retenues à l'issue de la discussion. L'outil, parce qu'il donne à l'information un caractère permanent, nous l'avons vu, constitue pour les acteurs un véritable substitut à la mémoire de long terme. Il offre la possibilité de « stocker » l'information, et ici le produit de la discussion. Et cette fonction de stockage (Goody, 1979) ou de mémorisation (Lorino, 2009) de l'outil est éminemment collective : l'outil offre finalement un espace à la mémoire collective. Dans les cours d'action, ces dispositifs techniques, que nous avons qualifiés de « médiation », vont permettre de transmettre la solution retenue à l'issue de la discussion. Par rapport à un énoncé formulé oralement, l'outil donne un caractère plus explicite à l'information qu'il véhicule. Mais au-delà de ce constat de premier niveau, la transmission de l'information via l'outil en facilite son acceptation par le collectif. L'information portée par l'instrument est à la fois dépersonnalisée et décontextualisée. Elle n'est ainsi plus le fait d'une personne, à la différence du langage oral et elle ne dépend plus d'une circonstance : elle devient intemporelle et plus abstraite (Goody, 1979, p. 96-97). Or, l'information à transmettre est potentiellement litigieuse puisque la solution qui transparaît est le fruit de l'arbitrage entre les intérêts divergents d'un certain nombre d'acteurs. La matérialité ainsi donnée à l'information lui confère un statut particulier, une portée davantage prescriptive que l'énoncé oral (Goody, 1979) : lorsque les informations se trouvent figées dans des supports, *« le principe organisateur est matériellement et objectivement présenté, ce qui les rend plus aptes à régler l'action, plus durables, plus complets et plus formels »* (id., p. 231).

Toutefois, face à la stratégie retenue par les établissements de santé dans la gestion du risque, nous avons vu que l'usage de « médiation » des outils n'était pas privilégié par l'organisation, et que les acteurs se trouvaient dès lors contraints d'adapter certaines des ressources mises à leur disposition à cette fin : l'outil principalement mobilisé dans la

transmission des solutions retenues est ainsi le programme opératoire papier dérivé de l'outil informatique de structuration de l'activité. Une des fonctions offertes par l'outil tel qu'il a été réinventé concerne justement le travail de coordination qu'implique la mise en œuvre des solutions retenues. La régulation de la perturbation peut en effet consister en une action sur le plan. Or, nous avons vu que ces modifications du plan n'étaient pas envisagées par l'organisation hospitalière d'une façon générale. De ce fait, les ressources telles qu'elles sont octroyées aux acteurs ne facilitent pas la transmission de ces modifications. Le processus d'adaptation vise dès lors à doter l'outil d'une fonction d'alerte dont il était auparavant dépourvu : les modifications par rapport au programme opératoire initialement arrêté étant ajoutées à la main sur un document dactylographié, elles sont très clairement mises en évidence. Cette fonction d'alerte semble essentielle dans la régulation des perturbations lorsque la contrainte temporelle se voit resserrée et que les acteurs doivent réagir rapidement. Du fait de la nouvelle matérialité offerte à l'outil, le coût cognitif ainsi que le temps d'accès à l'information sont réduits (la sollicitation des systèmes informatiques nécessite parfois des manipulations complexe, à la différence de la consultation de l'outil papier). Selon Goody (1979), l'écrit va également faciliter le partage des informations à travers le temps et l'espace. Nous ne partageons pas ici l'intégralité de son point de vue. Si les outils papiers permettent le partage des informations à travers le temps, nous l'avons largement montré au préalable (par exemple, le cahier de transmission), nos résultats révèlent les éventuels dysfonctionnements que peuvent générer l'usage de ces supports du fait qu'ils ne sont justement pas toujours diffusés dans l'espace. L'écrit au sein des établissements de santé pose selon nous question en matière de partage des informations à un niveau global, du fait de l'éclatement géographique caractéristique du milieu hospitalier : l'accès à l'information écrite implique une certaine proximité spatiale, et nécessite d'être organisé matériellement (quel acteur va transporter le document d'un lieu à un autre, à quelle période). Or, si la solution déployée consiste justement en une modification du plan, d'importantes désorganisations peuvent être engendrées par la réinvention locale d'outils à des fins de « médiation ». L'outil informatique offre à l'inverse la possibilité d'accéder à ces données, simultanément, en différents lieux de l'établissement : l'alimentation de l'outil informatique n'est pas locale, elle est partagée auprès de l'ensemble des acteurs.

Au-delà de « *l'architecture matérielle* » (Detchessahar, 1999, p. 29) de l'espace de discussion, ce sont plus profondément les ressources symboliques (Girin, 1995) à la disposition des acteurs dans ce processus décisionnel et dans la mise en œuvre des solutions retenues que nous souhaitons interroger. Dans une perspective de résilience, il apparaît en effet essentiel de donner aux principales parties-prenantes une certaine

« *légitimité* » dans l'action, en sus des « *moyens d'agir* » (Journé, 1999, p. 75-76). C'est ainsi à la délicate question du pouvoir en place au sein des établissements de santé que nous allons à présent nous intéresser, en interrogeant plus spécifiquement les rapports entre les médecins, le management de proximité et son équipe dans le processus de régulation.

2.2. Quelle place donner aux médecins dans l'agencement ?

Ce travail de régulation entremêle finalement cognition et pouvoir (De Terssac, 2003) : la décision et la mise en œuvre des solutions en découlant impliquent de s'être accordé sur la représentation de la méta-situation qui repose elle-même sur la réalisation d'arbitrages entre des intérêts divergents, mais aussi sur la manière dont il va falloir résoudre le problème soulevé. Or, cette activité si elle mobilise un certain nombre de ressources matérielles dont nous avons au préalable fait état, s'ancre plus profondément dans des relations de pouvoir particulières qui constituent pour chacun « *un moyen pour soutenir, diffuser ou imposer ces représentations et ces conceptions de la réalité* » (*id.*, p. 132). Ce sont ainsi les ressources symboliques (Girin, 1995) que l'organisation met à disposition des différents acteurs impliqués dans ce processus décisionnel que nous suggérons d'étudier ici. La question du pouvoir est effectivement au centre de l'analyse des modes de coordination comme le rappelle Lorino (1997) à partir des écrits de Mintzberg (1982) (voir le premier chapitre de la thèse) et comme l'évoquent Nizet et Pichault (2012 ; 1995) qui montrent l'influence réciproque du pouvoir et des pratiques de coordination. Ces auteurs font d'ailleurs état d'un point essentiel sur la question du pouvoir : il ne s'agit pas seulement de saisir là où se situe le pouvoir formel dans l'organisation (« *les acteurs formellement habilités à prendre les décisions* » (Nizet et Pichault, 1995, p. 153)) mais bien de prendre en considération le pouvoir dans toutes ses dimensions (formelles comme informelles, une dimension liée à l'activité réelle).

Les établissements de santé ont en effet été largement désignés comme des organisations dans lesquelles des relations de pouvoir à la fois fortes et complexes s'établissent entre les acteurs, nous l'avons montré dans le premier chapitre de la thèse. La littérature, abondante sur le sujet, place au cœur de son propos la figure du médecin, et l'autonomie mais aussi le pouvoir dont il dispose à travers la détention de savoirs médicaux extrêmement pointus : le « *pouvoir symbolique* » (Heddad et Lautier, 2000, p. 238) des médecins est opposé au « *pouvoir financier* » (*id.*) en place dans les établissements de soins, au monde du management (Glouberman et Mintzberg, 2001) dès lors mis en difficulté dans l'organisation de l'activité de soins et dans l'optimisation des ressources, du fait de ces zones d'incertitude (Crozier et Friedberg, 1977). Le monde des infirmières

(Glouberman et Mintzberg, 2001) ou plus généralement du personnel soignant se situe à la croisée de ces deux pouvoirs et la problématique soulevée n'est ainsi plus celle de l'autorité formellement octroyée aux managers mais bien celle du pouvoir réellement reconnu par les acteurs de soins, dans l'activité, et compte-tenu de ce contexte particulier. Les écrits de Binst (1990) sur l'hôpital nous semblent particulièrement bien éclairer cette question. L'auteur souligne la position dominante qu'occupe le chirurgien au sein des unités de chirurgie, puisque du fait de la profession qu'il exerce, il « *contrôle les principales zones d'incertitude du système et oriente ainsi son fonctionnement* » (p. 105). Nos résultats s'inscrivent tout à fait dans la lignée de ces constats, et l'intérêt que nous portons aux processus décisionnels nous conduit à mettre en exergue le rôle du médecin dans la prise de décision : il apparaît que la régulation des perturbations suit un schéma particulier dans lequel l'équipe, après avoir mis en débat la reconstitution de la méta-situation et procédé aux arbitrages conséquents, remonte au médecin une solution potentielle afin que celui-ci donne son accord. Le médecin dispose donc d'un poids considérable dans la prise de décision au sein des établissements de santé.

Dans ce contexte spécifique, nos résultats invitent à opérer une distinction dans la nature des perturbations à prendre en charge, selon l'objet même de la situation perturbée : nous avons en effet émis l'idée, en mobilisant le concept de situation de gestion et non celui de trajectoire de malade (Strauss, 1992a) pour appréhender l'activité des acteurs, de l'existence aujourd'hui d'une pluralité d'objets au sein des établissements de santé, où certains actes ne concernent plus directement le patient mais sont entièrement tournés vers l'optimisation de l'organisation en place. Dans ce cadre, nous suggérons de différencier les perturbations affectant les trajectoires de patients proprement dites, de celles qui concernent plus spécifiquement l'organisation des soins (et donc potentiellement plusieurs trajectoires de patients simultanément).

2.2.1. Les perturbations affectant la trajectoire du malade : penser la collaboration avec les médecins

Le médecin constitue nécessairement le principal et ultime décideur sur les perturbations affectant une trajectoire de patient (perturbations qui peuvent concerner le malade, la procédure à réaliser ou le matériel à mobiliser lors de l'intervention) du fait des savoirs professionnels auxquels il faut recourir pour les réguler. Et au-delà du processus décisionnel, le praticien, parce qu'il est le principal protagoniste des situations perturbées tournées vers la trajectoire du malade, est aussi une ressource centrale de l'agencement dans le travail de reconstitution de la méta-situation. Il dispose en effet d'un grand nombre d'informations sur le patient, sur la nature de l'intervention à laquelle il compte

procéder et à ses modalités, *etc.* Dès lors, les ressources organisationnelles à mettre à la disposition des personnels soignants dans la résolution de ces perturbations concernent la collaboration avec les praticiens. Il s'agit ici de questionner l'association des médecins aux dispositifs matériels et architecturaux pivots dont nous avons au préalable souligné l'importance dans la régulation des perturbations.

Nos résultats révèlent que les médecins sont en réalité absents des espaces-pivots que nous avons identifiés (pour l'un des deux blocs étudiés : le bloc orthopédie), et ne contribuent aucunement aux outils de « médiation » (pour les deux blocs) pourtant essentiels à la reconstitution de la méta-situation. Or, ce travail n'est envisageable que si tous les acteurs-ressources de la situation y sont intégrés. Notre analyse pointe ainsi les potentielles limites du rôle joué par ces ressources-pivots. Et nos constats vont dans le même sens pour ce qui concerne les processus décisionnels proprement dits : du fait de la non-association des médecins à ces dispositifs-pivots, la décision est véritablement sortie de l'espace de discussion. Cette situation d'incertitude dans laquelle les personnels se trouvent maintenus est extrêmement coûteuse pour l'organisation puisque le recueil des informations constitue dès lors un processus chronophage et qui présente des risques en matière de fiabilité des informations, du fait de l'intermédiation qu'il nécessite : durant ces moments d'inertie, un certaines ressources disponibles ne sont pas utilisées (par exemple, les salles d'intervention susceptibles de servir pour la rotation des salles mais réservées par prudence, au cas où un chirurgien en aurait besoin pour une intervention sur laquelle les membres de l'équipe manquent d'informations).

Ce constat appelle à concevoir des dispositifs-pivots auxquels les médecins se trouveraient associés. Il s'agit d'une part de « penser », dans la conception architecturale des blocs opératoires, des espaces de rencontre entre les praticiens, l'équipe, mais aussi le management, hors des salles d'intervention, afin d'occasionner un certain nombre de points de contacts supplémentaires entre ces trois catégories d'acteurs, de manière faciliter les échanges d'information et le processus décisionnel, dans le but de limiter l'inertie du système. Mais la conception d'un tel espace ne doit pas être envisagée indépendamment du déploiement d'outils de coordination qui faciliteraient, dans l'usage, la « médiation » entre les médecins et l'équipe. L'existence de tels outils doit favoriser le partage des informations détenues par les praticiens aux acteurs-pivots concernés, tout en limitant les perturbations occasionnées par les sollicitations de face à face. Il peut s'agir, à travers ces outils, d'informer les personnels de la réalisation d'une procédure particulière qui nécessite une autre installation, du recours à un matériel spécifique qu'il faudra préparer, *etc.*

2.2.2. Les perturbations à teneur organisationnelle : donner de la légitimité aux acteurs

Il existe, en parallèle des perturbations attenantes à la trajectoire des patients, des perturbations organisationnelles sur lesquelles d'autres difficultés se posent aux acteurs : celles-ci peuvent concerner l'organisation des espaces ou la répartition du travail dans le temps, mais également la gestion du personnel ou des problématiques liées aux outils. En effet, ces dysfonctionnements n'affectent plus directement une unique trajectoire de malade et leur régulation nécessite dès lors de disposer d'une vision d'ensemble. Or, les médecins n'ont une conception que partielle de l'activité globale prise en charge au sein du bloc opératoire à un instant *t* qui tient aux situations de gestion desquelles ils sont parties-prenantes. Ils ne perçoivent ainsi que leur propre travail sur les différentes trajectoires de patients qui les intéressent, et uniquement les demandes qu'ils ont formulées auprès de l'organisation.

Ce constat appelle à redonner des marges de manœuvre aux acteurs disposant d'une vision d'ensemble sur les perturbations qui affectent l'organisation. Il s'agit ici de conférer aux acteurs concernés une certaine autorité pour prendre des décisions lorsque la situation l'exige. Toutefois nous avons au préalable fait état de la tentative du management de diminuer le pouvoir des médecins sur les questions d'organisation des moyens (salles d'intervention, matériel, personnels), à travers le déploiement d'outils informatiques contraignants ou de procédures rigoureuses. Nous avons vu que cette instrumentation gestionnaire loin de soutenir les personnels de soins et le manager de proximité dans ce travail de régulation locale constituait davantage une contrainte supplémentaire, source de tensions dans le rapport au praticien voire même génératrice de nouveaux dysfonctionnements. Il faut à notre sens tenir compte du pouvoir réel (l'ascendant du « *pouvoir symbolique* » de Heddad et Lautier (2000, p. 238)) dans la restitution d'un certain nombre de marges de manœuvres aux personnels dans les cours d'action, qui ne peut donc qu'être négociée avec les médecins. Nous suggérons ici de prendre appui sur les instances organisationnelles en place au sein des établissements de santé, à l'instar du « *conseil de bloc* », et d'agir sur la « *charte de fonctionnement* » ou « *charte de bloc* » qui doit, selon le Manuel de certification HAS (2010) établir « *les responsabilités et les modalités (...) de régulation des programmes opératoires* » (p. 65).

Et c'est ici surtout à l'acteur que nous avons qualifié de « pivot » qu'il faut restituer des marges de manœuvre dans le processus décisionnel : dans nos travaux, ce rôle est exercé par une infirmière particulière, l'infirmière-coordinatrice. Cet acteur-pivot se trouve en effet en possession d'une vision d'ensemble de l'activité puisqu'il se situe à la croisée des différentes situations de gestion (acteur doté d'outils-pivots et travaillant dans l'espace-

pivot). Impliqué dans l'ensemble des situations, il porte à sa connaissance à la fois l'état d'avancement des différents programmes mais aussi les intérêts et les contraintes propres à chacun. Toutefois, cette intégration n'est que partielle et il dispose dès lors d'une position « neutre », reconnue comme telle par tous les membres de l'équipe. Ainsi, son travail n'est pas tourné vers les trajectoires de malades proprement dites mais son rôle est pourtant central dans le dispositif, notamment en situations perturbées, et les trajectoires-patients en dépendent totalement. Il est en outre intéressant de constater que ce poste n'est pas attribué à un acteur en particulier, mais que chaque infirmière l'occupe tour à tour. L'ensemble de l'équipe est alors en mesure d'éprouver les difficultés et les contraintes qui se posent à la coordinatrice et prend conscience de la vision globale que confère ce poste : ce fonctionnement favorise à notre sens l'intercompréhension entre les acteurs. Dès lors, l'infirmière-coordinatrice semble, aux yeux du personnel, disposer d'une forte légitimité pour prendre des décisions sur les perturbations à teneur organisationnelle : du fait de ce statut particulier, les personnels sont plus à même d'adhérer à la décision si elle est prise par cet acteur-pivot, puisque ce dernier est en mesure de tenir compte des intérêts inhérents à chacun, dans l'arbitrage qu'il faut nécessairement opérer, nous l'avons vu. L'acteur-pivot acquiert ainsi sa légitimité dans les cours d'action, à travers la position qu'il occupe réellement dans l'activité, et qui le situe à la croisée des situations de gestion, plus qu'il ne l'obtient de fait, à travers une autorité formellement octroyée. Et finalement cette position-pivot dispose dans l'établissement étudié d'une réelle influence dans le processus de régulation des perturbations : c'est autour de la coordinatrice que la discussion s'organise et celle-ci est souvent conduite à procéder aux derniers arbitrages, sans que sa décision ne soit contestée. Elle détient par ailleurs un véritable pouvoir de prescription dans le déploiement des solutions : le fruit de la discussion parvient ainsi aux acteurs (et notamment à ceux qui n'ont pas intégré l'espace de discussion, un espace nécessairement situé puisqu'il possède une existence matérielle (lieux, outils)), sous la forme d'une injonction formulée par cette infirmière-coordinatrice.

A notre sens, les acteurs-pivots sont donc appelés à jouer, au sein du bloc opératoire, un rôle « *unificateur* » ou « *intégrateur* » tel que Binst (1990) le définit : ils se situent à la fois suffisamment à l'intérieur du système pour bien le connaître mais ils sont en même temps suffisamment à l'extérieur pour prendre du recul et en avoir une vision d'ensemble. Mais ces acteurs ne sont en mesure d'exercer ce rôle intégrateur que s'ils se voient dotés des attributs de pouvoir nécessaires, notamment pour faire face aux médecins sur ces questions potentiellement litigieuses. Nous appelons dès lors à faire concorder le mandat

formellement octroyé aux acteurs avec les informations dont ils sont en possession de par l'activité qu'ils exercent, en leur conférant une autorité réelle dans les cours d'action.

*

L'analyse que nous avons menée jusqu'ici nous a conduite à questionner l'agencement organisationnel qui se construit, dans l'action présente, pour réguler les perturbations. Nous avons placé les ressources humaines et leurs capacités dialogiques au cœur de cet agencement, en mettant en évidence les ressources à la fois matérielles et symboliques sur lesquelles elles s'appuient. Nous appelons ainsi à la conception d'espaces-pivots et au déploiement d'outils particuliers favorisant la « médiation » (flexibilité dans l'usage et fonction d'alerte) au sein desquels il apparaît nécessaire d'associer les médecins, du fait du rôle central que ceux-ci tiennent dans la prise en charge des trajectoires de patients. Nous avons par ailleurs souligné la nécessité, à notre sens, de redonner aux acteurs-pivots des marges de manœuvre sur les questions organisationnelles mais aussi de leur conférer une autorité formelle dans le déploiement des solutions, notamment face aux médecins. Toutefois, il apparaît que l'agencement organisationnel qui prend en charge la perturbation lorsqu'elle se présente ne se dessine pas uniquement dans l'action présente : il se construit en réalité au cours du temps. C'est cette question que nous nous proposons à présent d'examiner.

3. LA CONSTRUCTION DE L'AGENCEMENT ORGANISATIONNEL DANS LE TEMPS : ANTICIPATION ET RÉSILIENCE, UN MIX POSSIBLE ?

La stratégie de résilience dans laquelle nous inscrivons notre propos est « *construite autour de l'événement imprévu* » (Journé, 1999, p. 74) que l'organisation ne cherche pas à éliminer mais dont elle tente au contraire de tirer parti (*id.*, p. 73). Il s'agit dès lors de faire évoluer la réponse organisationnelle pour améliorer les capacités du système à gérer la perturbation. Nous suggérons ici d'étudier la façon dont l'agencement organisationnel qui prend en charge les situations perturbées se construit au fil du temps. En premier lieu (3.1), ce sont les dynamiques d'apprentissage de l'organisation que nous analyserons en questionnant la façon dont évoluent les ressources à la fois matérielles, cognitives et symboliques mobilisées par les acteurs dans la régulation des perturbations. A appréhender le phénomène à travers cette dynamique, nous serons conduite à mettre en évidence d'éventuelles contradictions qui traversent cet agencement. C'est ici l'articulation possible entre stratégie d'anticipation et stratégie de résilience que nous interrogerons. En second lieu (3.2), nous nous intéresserons au rôle joué par les dispositifs organisationnels

dans la constitution progressive d'une identité collective dont nous avons, dans le chapitre précédent, souligné le rôle essentiel joué dans la régulation des perturbations.

3.1. La dynamique d'apprentissage des situations perturbées au sein des établissements de santé

Nous allons ici porter notre attention sur la dynamique d'apprentissage de l'organisation étudiée. Nous reviendrons tout d'abord sur les rapports qu'entretiennent stratégies d'anticipation et de résilience au regard du propos que nous avons développé jusqu'ici et signalerons l'existence d'une potentielle contradiction entre ces deux stratégies : nous montrerons que les impératifs de vitesse et de débits portés par les dispositifs en place au sein des établissements de soins entravent le temps pouvant être consacré à l'échange. Dès lors, nous reviendrons sur l'importance de ces moments de rencontre dans une perspective de résilience pour tout à la fois faire évoluer les ressources matérielles et symboliques à disposition des acteurs en situations perturbées.

3.1.1. Stratégies d'anticipation et de résilience : quelles relations ?

a. Une complémentarité possible entre les deux stratégies : l'adaptation des dispositifs

Il est apparu dans nos travaux que les choix opérés par l'établissement en matière de gestion des risques ne sont pas nécessairement incompatibles avec le travail de régulation locale qui nous intéresse ici. Les dispositifs formels déployés par l'organisation peuvent ainsi constituer une ressource centrale de l'agencement en situations perturbées. Nous nous situons sur ce plan tout à fait en accord avec les travaux de Nizet et Pichault (2012 ; 2011) sur les situations extrêmes¹⁵⁹ (à partir notamment d'une étude de cas réalisée dans un hôpital) qui montrent le rôle central joué par les « *standards* » (règles, objets...) dans la coordination des activités, en complément de modes d'organisation plus informels (les auteurs parlent à ce titre de « *pratiques de coordination hybrides* » (2012, p. 43) ou « *multidimensionnelles* » (*id.*, p. 95)). Nous avons effectivement nous-mêmes fait état de la complémentarité observée entre les différentes ressources de l'agencement, et avons souligné l'importance de certaines règles ou procédures qui définissent les responsabilités et régissent le partage des informations (par exemple, dans la gestion des urgences) en situations perturbées. Toutefois, nos résultats diffèrent pour partie de ceux de Nizet et

¹⁵⁹ Les auteurs définissent les « *situations extrêmes* » comme des situations dans lesquelles le risque est élevé et l'incertitude importante (2012, p. 59). On retrouve bien ici les deux dimensions que nous avons identifiées dans la grille d'analyse des situations de gestion proposée (degré de singularité (lié à la notion d'événement donc de risque) et niveau de connaissance possédé).

Pichault (2012 ; 2011) au sens où les auteurs relèvent surtout l'importance de ce qu'ils appellent des « *standards professionnels* » dans la coordination des pratiques à l'hôpital, alors que nous mettons ici en évidence le rôle joué par un certain nombre de « *standards organisationnels* », en suggérant l'existence d'événements routiniers qui peuvent être directement pris en charge par l'organisation.

Mais au-delà des procédures, nos résultats mettent en évidence le rôle central joué par certains lieux, outils ou encore fonctions dans la régulation des perturbations. Ce phénomène est à replacer dans le contexte spécifique dans lequel s'enracine la stratégie d'anticipation, nous l'avons vu : l'enjeu de rationalisation économique de l'activité de soins. Ce contexte se traduit dans les faits par la mise en œuvre de ressources supplémentaires, dont l'objet ne concerne plus directement les trajectoires de patients mais davantage l'optimisation de l'organisation, et qui sont dès lors disponibles pour être « mises en action » face aux événements, une dimension primordiale de la stratégie de résilience, selon Weick et Sutcliffe (2007). L'existence de ces ressources confère ainsi au système une certaine souplesse, ce qui semble contredire les écrits de Wildavsky (1989) qui présente l'« *anticipation* » ou la « *prévention* » comme une stratégie qui accroît la rigidité de l'organisation. Le travail de régulation locale prend notamment appui sur un acteur-pivot - l'infirmière-coordinatrice -, une position fondée sur le mandat officiel que cette infirmière s'est vu confier, et sur les ressources à sa disposition (notamment le programme opératoire ; l'espace central de travail).

Toutefois, il apparaît que l'usage qui est fait de ces dispositifs lorsque des dysfonctionnements se présentent, la manière dont ils sont mobilisés dans l'agencement, tient d'un processus d'adaptation, de reconstruction qui révèle d'après nous un besoin qui n'est pas comblé par les ressources organisationnelles telles qu'elles s'offrent aux acteurs. Les dispositifs formels se caractérisent ainsi par une certaine rigidité (exemple de l'outil informatique) et l'usage qu'il en est fait dans l'activité vise à leur redonner une certaine flexibilité, une souplesse nécessaire à la gestion des perturbations (Journé, 1999) : c'est selon nous ce processus d'adaptation des ressources qui rend un mix possible entre « *stratégie d'anticipation* » et « *stratégie de résilience* », un rapprochement que Wildavsky suggère (1989) mais dont il n'explicite pas pour sa part les modalités.

b. Une certaine contradiction entre « anticipation » et « résilience » : l'absence de temps de rencontre

En revanche, notre analyse de l'agencement dans une perspective dynamique révèle ici les limites de la potentielle complémentarité entre ces deux types de stratégies, et de

l'activité de genèse instrumentale (Rabardel, 1995) qui la rend possible. Les dispositifs formels, nous l'avons vu, sont porteurs d'une « *philosophie gestionnaire* » (Hatchuel et Weil, 1992, p. 124) particulière sur laquelle les processus d'adaptation des ressources n'ont pas d'impact. Du fait du contexte de rationalisation économique actuelle, l'instrumentation en place au sein des établissements de santé incite à se focaliser sur les actes dont l'efficacité est mesurable à court terme, pour l'organisation, mais aussi pour chaque acteur (exemple des médecins). Ainsi, les impératifs de vitesse et de débits portés par ces dispositifs entravent les temps d'échange dans les cours d'action. Si ces moments de rencontre se déroulent malgré tout, ce qui laisse supposer de leur nécessité, ils s'organisent alors de manière informelle entre quelques acteurs, ceux qui se trouvent présents au bon moment et au bon endroit, et donc avec une moindre portée. La difficulté qui se pose pour l'organisation, particulièrement prégnante dans le contexte de rationalisation économique actuelle, est que l'efficacité de ces temps de rencontre n'est pas mesurable (Grosjean et Lacoste, 1999). Nos résultats montrent que ces périodes participent pourtant pleinement de la performance des établissements de santé par l'amélioration des processus de prise en charge des perturbations qu'elles induisent, et ce à plus d'un titre : nous avons fait état de la nécessité que le collectif de travail se vive dans la continuité et non dans l'éclatement spatial et temporel qui caractérise l'activité de soins (*id.*). Il s'agit ici de redonner une certaine visibilité au travail, et notamment à ce travail de régulation locale, précisément dispersé entre de multiples situations de gestion dans le temps et dans l'espace. Ces temps d'échanges sont également indispensables au partage des informations nécessaires au travail de chacun, et qui présentent un caractère très opérationnel : nouveau matériel arrivé, changement de procédures pour une intervention... Mais au-delà, ces moments de rencontre sont indispensables à la dynamique d'apprentissage dont nous avons souligné l'importance dans la « *stratégie de résilience* ». Ils doivent favoriser la réflexivité collective en permettant de prendre du recul sur l'activité, de la mettre en débat, et de tirer des enseignements des erreurs, des échecs et des succès rencontrés, afin de faire évoluer l'agencement des situations perturbées et donc d'améliorer la capacité du système à gérer l'aléa (Wildavsky, 1989). Nous suggérons ici de revenir sur le rôle même joué par les retours d'expérience (REx) en appréhendant les ressources matérielles mais aussi cognitives qu'ils font évoluer.

3.1.2. Les retours d'expérience et l'évolution de l'architecture matérielle de l'agencement

Nous venons de voir que les temps de rencontre collectifs ne sont pas ou peu envisagés au sein des établissements de santé dans le contexte de rationalisation économique actuelle,

alors même qu'ils apparaissent essentiels à la dynamique d'apprentissage de l'organisation. Effectivement, Journée (1999) souligne dans ses travaux l'importance du retour d'expérience, un retour « *oral* » (p. 330) et organisé puisque l'auteur l'apparente à une « *réunion* », et qui contribue à l'amélioration des ressources de l'agencement : « *Les réunions participent à ce que nous qualifierions de « résilience organisationnelle » (p. 381), elles engendrent un « effet d'apprentissage » (p. 381) ; « Ce processus de retour d'expérience entretient le réseau de ressources. (...) La réunion tripartite a permis d'externaliser le retour d'expérience sur l'événement ce qui souligne l'importance de ce type de réunion » (p. 330).* Par ailleurs, notre travail de terrain révèle l'inefficience des outils d'apprentissage en place (les « *fiches de signalement des événements indésirables* », à travers lesquelles les acteurs sont tenus de faire état des dysfonctionnements et problèmes rencontrés) sur lesquels les personnels n'ont pas de retour et à travers lesquels ils ne perçoivent pas d'amélioration du système. L'alimentation de ces fiches est alors perçue comme une contrainte supplémentaire dont les acteurs ne mesurent pas l'intérêt.

Pourtant, le succès de la stratégie de résilience dépend justement de la capacité de l'organisation à capitaliser sur ces expériences passées pour faire évoluer les ressources de l'agencement qui prend en charge les situations perturbées. A notre sens, il s'agit en premier lieu d'améliorer dans le temps les ressources matérielles mises à la disposition des acteurs pour réguler les perturbations. Nous nous accordons ainsi avec Moisdon (2005) qui souligne la nécessité d'affiner progressivement dans l'organisation, à la fois les outils mais aussi les principes d'action. Nous suggérons pour cela d'observer les besoins qui se dessinent dans l'usage, et dont nous faisons l'hypothèse qu'ils se traduisent par un processus d'adaptation des ressources existantes qui conduit les acteurs à réinventer certains outils tandis qu'ils en abandonnent d'autres, en situations perturbées. Nous appelons finalement à un véritable processus d'institutionnalisation ou de « *patrimonialisation* » (Rabardel, 2005, p. 263) : nous suggérons de tenir compte de la « *genèse instrumentale* » (Rabardel, 1995) et ainsi de s'inspirer des outils tels qu'ils ont été réinventés par les acteurs pour produire « *les ressources et conditions de possibilité des activités futures (notamment productives)* » (Rabardel, 2005, p. 262).

Toutefois, les ressources mobilisées par les acteurs dans l'agencement en situations perturbées ne sont pas seulement matérielles : il nous faut également appréhender la façon dont les ressources symboliques mobilisées par les acteurs sont appelées à évoluer au fil du temps. Ainsi, la discussion qui se déroule pour prendre en charge l'événement dans les cours d'action repose sur l'existence de référentiels partagés, à la fois d'actions

et d'expériences, mais aussi de valeurs. Dans le même temps, ces référentiels se construisent à travers la discussion dans des espaces ou par le biais d'outils appropriés. Finalement, ces répertoires communs sont à la fois « *une condition et un résultat de la dynamique conversationnelle* » (Detchessahar, 1999, p. 29-30). C'est à cette double genèse que nous souhaitons à présent nous intéresser.

3.1.3. La constitution d'un répertoire d'expérience partagé

Au sein de ces espaces d'échange, la dynamique d'apprentissage ne concerne pas seulement l'amélioration des ressources matérielles à disposition des acteurs. A travers ces interactions, c'est en réalité un véritable référentiel d'action que le collectif va construire, et que nous pouvons qualifier de « *cadres de compétences* » », un concept proposé par Durand (2005) qui s'intéresse à la question du cadrage de l'activité collective, et que nous avons déjà présenté dans le chapitre 2 de la thèse. Selon l'auteur, « *les cadres de compétence résument, contractent et condensent l'expérience passée* » et sont dans le même temps évolutifs, « *ils sont mouvants, (...) adaptables à travers l'apprentissage qu'ils rendent possible* » (Durand, 2005, p. 216-217), ce qui appelle à les appréhender dans le temps. Ce concept possède une portée plus grande que les cadres interprétatifs de Goffman puisque ces éléments de cadrage permettent à la fois d'interpréter, de donner du sens aux situations, mais de surcroît structurent « *ce qui permet de réagir, ce qui marche* » (p. 216-217). Par la discussion, c'est un véritable répertoire d'expériences communes qui se construit et s'enrichit. Les cadres de compétence établissent ainsi des repères partagés sur les actions qu'il est possible d'entreprendre en situations perturbées : à travers ces échanges, le collectif forge des règles de fonctionnement tacites, des routines particulières que Clot (2005) nomme la « *partie sous-entendue de l'activité* » (p. 188) et qui définissent ce qui est acceptable aux yeux de la communauté dans l'arbitrage et l'élaboration de solutions que le processus de régulation induit. Clot met en évidence la force que constituent ce collectif et ses normes de fonctionnement propres pour sortir des « *filets de la prescription officielle* » (2005, p. 194-195), donc lors de la régulation des perturbations. Dans les cours d'actions, la discussion établit dans le présent un lien entre des préoccupations à la fois passées, présentes et futures, nous l'avons vu. Ce sont en fait les interactions régulières entre les acteurs, la mise en débat permanente des expériences à la fois individuelles et collectives passées, qui forgent ce rapport au temps dans l'action présente. A travers ces échanges, se construit ainsi un « *répertoire des possibles* » qui guide les acteurs dans les actions de régulation envisageables au présent, compte tenu de ce qui a échoué ou fonctionné par le passé, mais qui constitue également un repère sur la manière dont les situations peuvent potentiellement évoluer dans le futur.

Dodier (1993) travaille lui aussi sur cette question de l'arrière-plan sous-jacent à l'action, en la situant dans une perspective dynamique. Il mobilise quant à lui le concept d'« *appuis conventionnels* », c'est-à-dire « *l'ensemble des ressources qui permettent d'élaborer une communauté, même minimale, de perspectives pour coordonner des actions* » (p. 65-66). Son travail apporte un éclairage complémentaire aux propos de Durand puisque, s'il inscrit la constitution de ces repères communs dans le temps, il met aussi en évidence le rôle des ressources spécifiquement non-humaines (p. 77) qui tout à la fois élaborent et cristallisent ces « *appuis conventionnels* » : « *Ces appuis sont ancrés à la fois dans les personnes, et dans des supports externes, sous formes d'objets et de repères. Ils sont conventionnels, au sens où leur existence témoigne d'un travail antérieur pour constituer, entre les personnes, ou entre les personnes et leur environnement, les préalables d'une orientation commune* » (p.66).

C'est dans cette optique que nous inscrivons notre propos : dans la réflexion sur la conception des espaces de travail et des outils de gestion, il nous paraît essentiel de tenir compte de cette dynamique d'apprentissage en mettant à disposition des personnels des ressources organisationnelles à travers lesquelles les acteurs capitalisent sur les expériences passées et nourrissent la mémoire du collectif afin d'améliorer la capacité de celui-ci à prendre en charge le travail de régulation futur.

Mais au-delà d'un répertoire d'expériences partagées, ces outils et ces espaces de rencontre participent de la constitution d'un référentiel de valeurs communes, de la construction d'une véritable identité collective dans le temps, et dont nous avons au préalable démontré l'importance dans la discussion, à travers l'intercompréhension qu'elle suscite.

3.2. La double genèse des dispositifs matériels et architecturaux : la construction d'une véritable identité collective dans le temps

Nous avons dans le chapitre précédent fait état du rôle joué par ce que nous avons appelé une « identité collective », construite entre les acteurs du bloc opératoire, dans la gestion des situations perturbées. Nous souhaitons dans cette section replacer cette identité collective dans une perspective dynamique, en mettant en évidence la genèse simultanée des outils et des espaces dans la constitution de celle-ci.

3.2.1. Dynamique de l'usage des outils dans la construction de l'identité collective

Si nous avons au préalable mis en exergue la dimension collective de l'action qu'autorise l'outil dans l'usage, il est à noter que son impact s'inscrit plus profondément dans la

durée : le caractère collectif des outils en place dans la clinique qui nous intéresse, ceux que l'organisation a mis à disposition et ceux que les acteurs ont réinventés, va ainsi, en lui-même, constituer un soutien à la discussion, à travers le sentiment d'appartenance qu'il nourrit chez les acteurs.

L'alimentation des systèmes techniques s'appuie sur une certaine forme de solidarité entre les membres de l'équipe. Les outils, tels qu'ils existent, dessinent les contours d'un collectif certes éclaté dans le temps et l'espace mais focalisé sur un même objet. Chaque service, chaque acteur, se trouve dès lors placé dans une situation d'interdépendance par rapport au reste du groupe. De ce fait, nous nous accordons avec les travaux de Michaux et Rowe (2004) qui soulignent la complémentarité des systèmes d'information en place dans une organisation et la vigilance individuelle qu'ils observent au quotidien : la collaboration de chaque acteur à l'alimentation de l'outil peut s'expliquer par la conscience qu'a chacun d'appartenir à un collectif unique car tourné vers l'atteinte de buts partagés (soigner le patient) et de l'impact de sa contribution. Mais ce niveau de conscience implique une certaine connaissance du fonctionnement des autres services et de leurs besoins en matière d'informations : pour s'inscrire dans le temps, cette forme de solidarité doit se nourrir de moments de rencontre entre des acteurs issus de services ou de fonctions différentes, ce qui manque aujourd'hui à l'établissement étudié, nous l'avons déjà souligné. Par ailleurs, l'alimentation de l'outil ne repose pas seulement sur cette identité collective : elle s'appuie sur un système de contrôle puissant, la traçabilité des actes, qui constitue un dispositif très incitatif.

Mais l'outil ne se contente pas de cristalliser l'existence d'un collectif soudé et interdépendant : dans le même temps, la transmission des informations via l'outil renforce cette forme de solidarité. Les échanges d'information mais également le temps passé à alimenter les outils peuvent ainsi s'apparenter à un « *don* » (Alter, 2009) qui structurera l'esprit d'équipe puisque « *en donnant, (...) on amène l'autre à donner à son tour, à soi et à d'autres* » (p. 5).

Finalement, du fait des interdépendances fortes entre les situations de gestion au sein des établissements de santé, l'alimentation de l'outil nourrit le sentiment d'appartenance au collectif en même temps qu'elle s'appuie sur celui-ci pour maintenir la contribution de chacun. De la sorte, ces outils, en participant à la constitution d'une identité collective, favorisent l'intercompréhension entre les acteurs dès lors plus à même de se mettre d'accord sur la solution à déployer face à la perturbation, malgré les divergences qui précédaient la discussion. Nous allons voir à présent qu'il en est de même avec les

interactions de face à face entre les acteurs, ce qui appelle à les organiser à la fois dans le temps (régularité) et dans l'espace.

3.2.2. Les rencontres intercatégorielles dans le temps et l'espace : favoriser l'« intelligibilité mutuelle »

Le lieu participe lui aussi de la genèse simultanée que nous mettons ici en évidence. Nous avons vu que la conception des architectures doit favoriser l'élargissement du périmètre d'implication des acteurs dans les situations de gestion. Mais nous avons montré que la reconstitution de la méta-situation ne s'appuyait pas seulement sur l'existence de telles architectures, elle reposait en outre sur un état de vigilance particulier, issu de l'expérience des acteurs. Cet élément spécifique de contexte fournit un éclairage intéressant à l'utilisation qui est faite des espaces par rapport à la conception d'origine : le cœur du travail au bloc opératoire étant l'activité chirurgicale proprement dite, on pourrait s'attendre à ce que les salles d'intervention constituent les espaces « dominants ». Pourtant, nos propos nous ont conduite à mettre l'accent sur l'importance des espaces de travail communs au sein de chacun des deux blocs étudiés. Cette utilisation réelle des locaux à la disposition des acteurs cristallise dès lors une nouvelle conception du travail au sein du bloc opératoire, où l'activité de reconstitution de la méta-situation devient centrale aux yeux du personnel soignant, compte-tenu des constantes perturbations que rencontre l'activité chirurgicale. La représentation que se font les personnels de leur métier est ainsi amenée à évoluer.

Parallèlement, notre analyse révèle le rôle de ces espaces dans la constitution d'une forme d'identité collective qui encadre et soutient l'activité dialogique qui se déroule en situation perturbée. La qualité de la discussion et des produits de celle-ci, dépendent en effet pour partie de « *facteurs dont l'agencement se joue bien avant l'entrée en relation et qui vont en grande partie déterminer le possible enclenchement d'un cercle vertueux de coopération* » (Detchessahar, 1998, p. 58). Les espaces de rencontre entre les acteurs vont sur ce plan jouer un rôle essentiel, dans le temps : à travers les interactions que ces lieux génèrent, les acteurs sont amenés à élargir la connaissance qu'ils ont du travail et des préoccupations inhérentes aux autres membres du collectif. Un référentiel de valeurs partagées se construit ainsi progressivement au sein de ces espaces, favorisant la compréhension ou « *l'intelligibilité mutuelle* » (Lorino, 2005, p. 230) entre les acteurs, dans les cours d'action. Du fait de l'existence de ces cadres de référence partagés, les solutions déployées face aux perturbations sont dès lors plus facilement acceptées par chacun même si elles ne servent pas toujours ses intérêts propres.

Compte-tenu de ce constat, nos travaux mettent en exergue les problèmes auxquels les acteurs doivent faire face lorsqu'il n'existe pas d'espaces, ni même de moments pour la « *coopération de confrontation intercatégorielle* » (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 197), entre acteurs de différents services, mais aussi de différentes fonctions au sein d'une même unité, à l'instar des médecins, des infirmières et des managers de proximité au bloc opératoire. Nous avons auparavant souligné les difficultés relatives à l'absence de point de contact entre ces différentes fonctions, et notamment au bloc opératoire entre médecins et infirmières, sur le travail de médiation, dans les cours d'action : les informations détenues par les praticiens ne sont pas transmises aux personnels, et ces derniers sont alors contraints d'élaborer des solutions temporaires en ne disposant que d'une vision partielle de la méta-situation.

Ce phénomène pose un problème plus profond. Detchessahar (1998), en étudiant les différentes « *trajectoires socioprofessionnelles* » qui se rencontrent dans l'activité montre que « *plus ces trajectoires sont éloignées, moins un accord stable est probable* » (p. 49). Les trois catégories d'acteurs auxquelles nous nous intéressons ici (médecins, infirmières et managers), de par les fonctions qu'elles exercent, possèdent des représentations très divergentes de leur métier. Leurs préoccupations, leurs contraintes, leurs intérêts sont fondamentalement différents, nous l'avons vu auparavant, bien qu'elles soient au quotidien impliquées dans des situations de gestion communes mais dont le résultat peut-être mesuré de multiples façons. Or, dans l'un des deux cas étudiés, il n'existe pas d'espaces de travail communs entre médecins, infirmières et managers, hormis les salles d'intervention. Par conséquent, les personnels soignants n'entrent dans des relations de coopération avec les praticiens qu'aux moments formellement planifiés par l'organisation : lors des interventions chirurgicales. Et le manager ne dispose tout bonnement pas de lieux ou de moments de rencontre avec les médecins. L'absence de tels espaces ne favorise pas la construction d'un référentiel partagé, l'établissement d'une relation de confiance et de compréhension mutuelle entre ces trois catégories d'acteurs, pourtant nécessaire, nous l'avons vu, pour parvenir à un accord. La discussion est dès lors rendue délicate. Dans ce cadre, solliciter de façon directe le médecin devient une source de tension majeure pour l'infirmière qui préfère recourir à des intermédiaires (mobilisation de collègues que l'on sait en contact avec le praticien), une démarche dont nous avons déjà souligné le coût pour l'organisation.

Mais si ces rencontres doivent être organisées dans l'espace (des lieux dédiés), elles doivent aussi l'être dans le temps. En effet, les moments de rencontre informels, lorsqu'ils existent dans les cours d'action, ne suffisent pas à établir une telle relation de confiance

et de compréhension mutuelle entre les acteurs. Or, peu de temps d'échanges sont formellement libérés dans les plannings des personnels d'une même équipe, nous l'avons vu précédemment, et les rencontres intercatégorielles ne sont tout bonnement pas envisagées, ce qui génère d'importantes incompréhensions. Pourtant, notre entrée par les situations de gestion révèle la nécessité de dépasser la logique fonctionnelle puisque des acteurs aux responsabilités et aux rôles différents sont amenés à coopérer dans les cours d'action. Nous nous situons sur ce point tout à fait en accord avec Lorino (2005) qui appelle à placer « *les acteurs durablement en situation de coopération réflexive (...) en dehors des liens hiérarchiques et fonctionnels habituels*¹⁶⁰ » (p. 226).

*

Nous avons montré dans les sections précédentes que la stratégie de gestion des risques propre à l'établissement étudié est tournée vers l'anticipation davantage que la résilience. Les dispositifs gestionnaires en place visent à maintenir l'activité dans la trame établie en amont et à travers laquelle l'usage des ressources est optimisé. Dans ce cadre, les impératifs de vitesse et de débits portés par cette instrumentation laissent peu de place à l'échange entre les acteurs. Notre travail appelle dès lors, dans une perspective de résilience, à équiper la discussion à la fois dans le temps et dans l'espace. Il s'agit de prévoir des outils, des espaces et des temps de rencontre qui encouragent les retours d'expérience de façon à faire évoluer l'architecture matérielle et les ressources symboliques (répertoire d'expériences partagées) à disposition des acteurs en situation perturbée, mais qui participent aussi de la construction d'une véritable identité collective favorisant l'intercompréhension, au cours du temps. En plaçant de la sorte les acteurs en situation de réflexivité, ce sont eux, en effet, qui vont construire « *de manière coopérative, la coopérativité de leurs actions à venir* » (Lorino, 2005, p. 228).

Il apparaît finalement, compte-tenu de notre propos, que les choix des termes d' « *anticipation* » et de « *résilience* » proposés par Wildavsky (1988) ne doivent pas laisser présager d'une unique forme de rationalisation du cadre de l'action : nous l'avons montré dans ce chapitre, la résilience doit elle-même être organisée, donc être anticipée.

¹⁶⁰ L'auteur s'intéresse ici à la question du management par processus.

Résumé du chapitre 8

Nous repartons dans ce chapitre des résultats formulés précédemment : si la stratégie de gestion des événements portée par l'établissement étudié s'oriente vers « *l'anticipation* » (Wildavsky, 1988), la logique de situation échappe par nature à la trame préétablie. Ainsi, une entrée par les situations de gestion appelle à penser d'autres formes de rationalisation du cadre de l'action, davantage tournées vers la « *résilience* » du système. C'est à ce travail que s'attache le présent chapitre. Plusieurs résultats de la thèse sont ici mis en évidence.

Reprenant nos constats précédents, nous montrons tout d'abord **que l'agencement organisationnel qui se construit en situation perturbée s'apparente à un véritable « *espace de discussion* »** ((Detchessahar, 1997). Il s'agit alors d'étudier la façon dont l'organisation peut équiper cet espace de façon à soutenir les acteurs dans le travail de reconstitution de la méta-situation mis en évidence dans le précédent chapitre.

Dans cette perspective, nous montrons **la manière dont une organisation de santé peut équiper la discussion à la fois dans le temps** (organisation de moments de rencontre réguliers, notamment dans une perspective de retours d'expérience) **et dans l'espace** (ressources matérielles et symboliques (et surtout marges de manœuvre face aux médecins) à disposition des acteurs, réflexion sur la conception des espaces...).

Nous mettons notamment en évidence **le rôle d'un agencement particulier appelé « *agencement-carrefour* »** pour informer la discussion qui s'ouvre au sein de ces espaces. Nous montrons ici le rôle des « lieux-pivots », des « outils-pivots » mais surtout des « acteurs-pivots » qui mobilisent ces dispositifs, situés à la croisée des différentes situations de gestion dispersées à la fois dans le temps et dans l'espace.

Revenant sur les différents outils observés dans l'établissement étudié, **nous proposons par ailleurs une grille d'analyse de ces outils** qui tient compte de la « *double nature objective et subjective* » Lorino (2002, p. 15) de l'artefact mobilisé en situation. Nous distinguons ainsi les outils tels qu'ils ont été conçus par l'organisation des usages qui en sont faits en situation. Ce travail nous conduit à montrer que l'usage de « médiation » de l'outil, dont nous soulignons le rôle essentiel joué en situation perturbée, n'est que peu envisagé par l'organisation, incitant les acteurs à entièrement réinventer l'instrumentation mobilisée face à un événement.

Enfin, **nous signalons que les stratégies d'anticipation et de résilience (Wildavsky, 1988) ne sont pas incompatibles**. Un mix est envisageable et il s'explique, dans le cas étudié, par la genèse instrumentale opérée par les acteurs qui s'ouvrent par là de nouvelles marges de manœuvre dans la gestion de la perturbation.

CONCLUSION :

PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA THÈSE, LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Ce travail de recherche nous a amenée à placer la question de la coordination des activités au cœur des enjeux des établissements de santé. Repartant du paradoxe de « *gestion de la singularité à grande échelle* » formulé par Minvielle (1996), c'est dans un contexte d'« industrialisation des soins » que nous avons interrogé les modes de coordination en place.

Il s'agissait d'examiner la façon dont les acteurs se coordonnent dans l'activité « réelle », notamment lorsque des événements (Zarifian, 1995) se présentent, en étudiant le travail d'articulation (Strauss, 1992a) qu'ils accomplissent au quotidien. En particulier, il s'agissait d'observer les ressources organisationnelles sur lesquelles ces acteurs prennent appui et celles qui leur font défaut dans ce cadre. Ce projet de connaissance appelait à l'adoption d'une unité d'analyse de l'activité particulière, « *située* » organisationnellement (Lorino et Teulier, 2005, p. 13). C'est dans cette perspective que nous avons mobilisé conjointement dans la thèse les concepts de situation de gestion (Girin, 1990a ; 1983a) et d'agencement organisationnel (Girin, 1995).

La problématique qui a guidé ce travail de recherche a ainsi été formalisée de la façon suivante : ***Dans un contexte d'« industrialisation des soins », quel agencement organisationnel concevoir pour répondre simultanément aux impératifs de rationalisation et de gestion des événements ?***

Nous avons dans le cadre de ce travail conduit une étude de cas « *enchâssée* » (Yin 1994) sur deux blocs opératoires d'une clinique privée, véritablement à la pointe de cette rationalisation industrielle.

Compte-tenu de l'objet de recherche étudié, du cadre théorique retenu et de la démarche adoptée, quels sont finalement les principaux apports de la thèse ? Nous exposerons dans une première partie les contributions théoriques de ce travail. La seconde partie sera consacrée à la présentation des principales retombées en termes de méthodologie de recherche. Nous mettrons en évidence dans une troisième partie les apports empiriques essentiels de ce travail. Enfin, nous concluons par la présentation des limites de la thèse et des perspectives de recherche en découlant.

1. LES PRINCIPALES CONTRIBUTIONS THÉORIQUES

La thèse poursuivait une double visée que nous avons présentée dans les premiers chapitres de la thèse : il s'agissait, d'une part, de décrire la façon dont les acteurs se coordonnent au sein des établissements de santé dans un contexte d'« industrialisation des soins » et notamment lorsqu'ils font face à des événements ; il s'agissait, d'autre part, de questionner l'organisation en retour afin d'identifier les ressources organisationnelles à mettre à la disposition des acteurs dans ce cadre. Pour instruire ces questions, nous avons simultanément mobilisé les concepts de situations de gestion et d'agencements organisationnels proposés par Girin (1990a ; 1983a ; 1995). Nous souhaitons ici synthétiser les principales contributions théoriques de la thèse compte-tenu de ce double projet de connaissance et du cadre théorique retenu. Nous rappellerons en premier lieu nos conclusions quant aux impacts de ce phénomène d'industrialisation des soins sur l'objet de notre recherche (1.1). Nous reviendrons en second lieu sur la façon dont une organisation peut soutenir la coordination des acteurs face à une perturbation (1.2).

1.1. Les effets de l'industrialisation des soins sur le travail d'articulation : un constat nuancé

La problématique de la thèse devait nous conduire, à partir d'un ancrage très « micro », à interroger les effets de l'instrumentation gestionnaire déployée à un niveau plus « macro ». **Il apparaît que l'impact de ce phénomène d'« industrialisation des soins » sur le travail d'articulation (Strauss, 1992a) est finalement très ambivalent.**

1.1.1. La rationalisation des soins entrave le temps consacré à l'échange pourtant essentiel à la régulation des perturbations

Ainsi, nous avons appelé, à travers cette étude, à prêter attention aux conséquences parfois négatives de la rationalisation des pratiques sur le travail des personnels et plus spécifiquement sur notre objet de recherche : la coordination des soins. Si nous pensons, au regard du positionnement théorique adopté, que nul dispositif de gestion n'est en soi porteur d'une normalisation des comportements, il apparaît toutefois que les outils implantés dans les organisations de santé véhiculent une « *philosophie gestionnaire* » (Hatchuel et Weil, 1992, p. 124) sous-jacente particulière, concernée par l'efficience. Celle-ci se matérialise au quotidien par une pression sur les délais et sur les coûts, fortement ressentie par les personnels soignants. **Le temps consacré à l'échange, considéré comme non directement productif, est finalement entravé et plusieurs risques pèsent dès lors sur les différentes situations de travail identifiées.** Nos résultats

montrent en effet qu'en situation dite « normale », lorsque le temps n'est pas contracté par l'urgence d'un phénomène qu'il faut réguler, l'activité communicationnelle est extrêmement réduite. Les échanges portant directement sur le travail et le questionnement de la procédure sont limités, et ne donnent pas lieu à des débats collectifs. Les moments de rencontre formels sont en réalité peu nombreux et, trop souvent appréhendés dans une perspective de transmission d'informations dans une logique top-down, ils ne laissent que peu de possibilités de soulever et de mettre en débat les problèmes rencontrés par les personnels. Dès lors, il manque au système une dimension d'apprentissage, pourtant essentielle à la régulation des événements dans une perspective de résilience.

Il apparaît en fait que ces outils sont porteurs d'une conception particulière de la gestion du risque tournée vers la « *stratégie d'anticipation* » plus que la « *résilience* » (Wildavsky, 1988). Leur mise en œuvre vise ainsi, pour le management des établissements de santé, à maintenir l'activité dans la trame préétablie qui garantit une prise en charge efficiente du patient : la situation « normale » identifiée dans ce travail est considérée comme la « situation de référence » par le management des établissements de santé mais aussi par les tutelles.

1.1.2. Stratégie d'anticipation et de résilience : un mix possible

L'étude réalisée nous a toutefois conduite à porter un regard complémentaire sur la question. Nous avons montré que la recherche d'efficience, telle qu'elle s'est matérialisée dans l'établissement étudié, procure une certaine souplesse au système (existence d'infirmières hors-salles, système de rotation des salles...). Effectivement, il s'avère, dans le cas étudié, que certaines tâches réalisées par les personnels ne concernent pas directement une trajectoire de patient mais sont davantage tournées vers des préoccupations d'optimisation des moyens disponibles au bloc opératoire : nous avons ainsi, dans le cadre de ce travail, relativisé la notion de trajectoire de maladie développée par Strauss (1992a) pour appréhender le travail réel des acteurs au sein des établissements de santé, lui préférant le concept de situations de gestion (Girin, 1990a ; 1983a).

Dès lors, un second résultat de la thèse relève de la réflexion que nous avons menée sur l'articulation possible entre les stratégies d'« *anticipation* » et de « *résilience* » de Wildavsky (1988), une articulation que l'auteur envisage sans toutefois en préciser les modalités. Si les ressources déployées dans l'optique de rationaliser les soins et dans une perspective d'anticipation du risque jouent un rôle essentiel dans la régulation des perturbations qui surgissent dans les cours d'action, notre travail montre que c'est

avant tout du fait d'une forte activité de genèse réalisée par les acteurs selon le type de situation auquel ils doivent faire face. En situation perturbée, les acteurs vont reconstruire l'agencement organisationnel qui prendra en charge le dysfonctionnement. Ils adaptent, inventent ou encore détournent les ressources organisationnelles telles qu'elles ont été mises en place, pour les rendre propres à un usage particulier. Dans le cas étudié, l'infirmière-coordinatrice, formellement désignée comme l'interlocutrice privilégiée des salles d'intervention, constituera la ressource principale de l'agencement qui prendra en charge la perturbation puisque, de par sa fonction, elle dispose des ressources temporelles, matérielles mais aussi symboliques (elle a acquis une certaine légitimité auprès de l'équipe, du fait de la position pivot qu'elle occupe) nécessaires, bien qu'elle ne soit pas formellement chargée de gérer ces dysfonctionnements. Nous avons en outre noté le rôle joué par les espaces centraux de travail qui constituent le centre de coordination du bloc opératoire, mais aussi par certains outils de gestion informatisés que les acteurs adaptent à leur besoin (mobilisation du programme opératoire en version papier). L'usage qui est fait de ces espaces (lieux de débats) et de ces outils (supports à la réflexion ou à la transmission d'informations entre les membres d'une équipe) en situations perturbées traduit lui aussi une véritable activité de genèse de la part des acteurs.

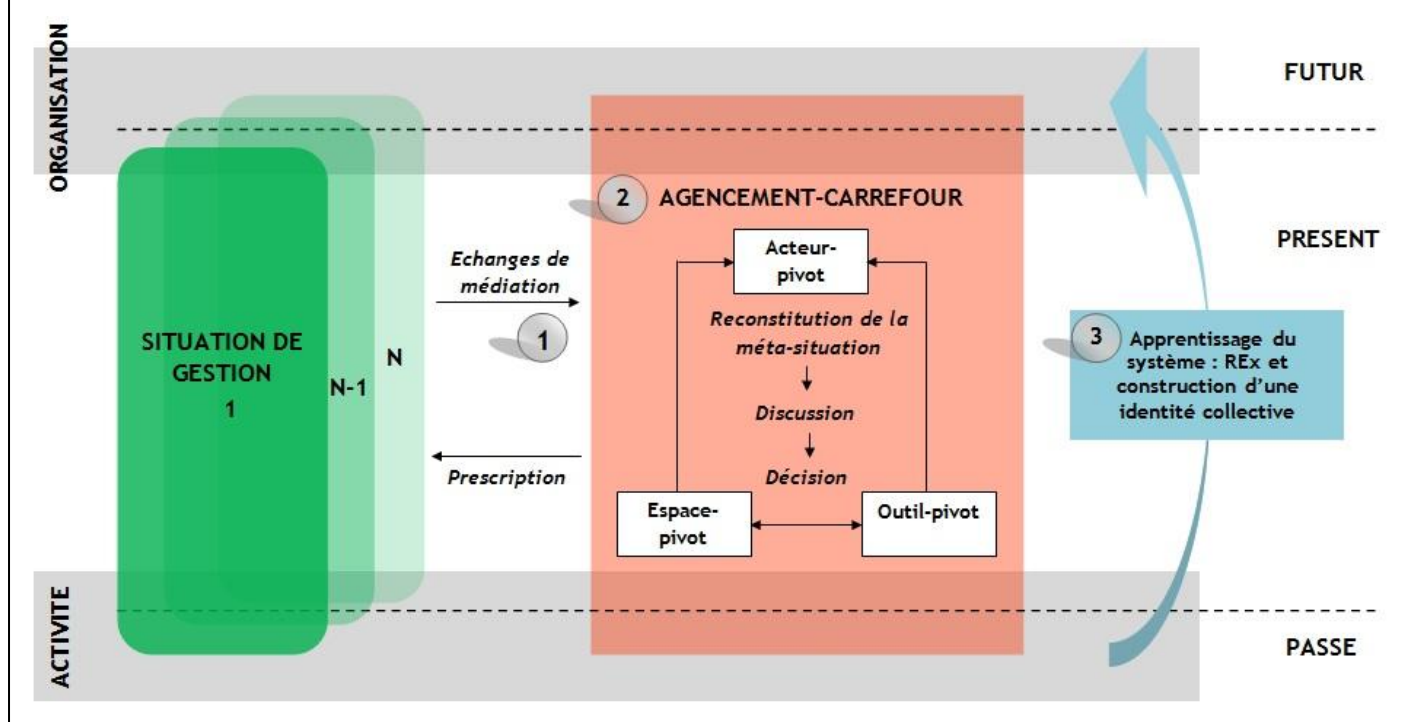
Mais le projet de connaissance de la thèse ne se limitait pas à la description des agencements organisationnels qui se construisent au sein d'un bloc opératoire. Nous l'avons rappelé au préalable, l'objectif était bien de remonter vers des questions de conception, d'ingénierie : ce sont les principaux apports de notre travail de recherche sur ces questions que nous allons à présent rappeler.

1.2. Equiper les situations de travail dans une perspective de résilience

Nous avons montré dans la thèse que la stratégie de gestion des risques au sein des établissements de santé est tournée vers « *l'anticipation* » davantage que la « *résilience* » (Wildavsky, 1988). Pourtant, notre travail met en exergue les nombreuses perturbations qui surgissent dans l'activité et viennent bouleverser la trame préétablie, appelant à une régulation souvent immédiate. Ce constat nous a conduit à remettre en cause la perspective adoptée par les établissements de santé ainsi que les tutelles. **Le résultat que nous suggérons à travers la grille d'analyse proposée est que l'« événement » ne traduit pas un dérèglement qu'il faut à tout prix chercher à éliminer. Bien au contraire, la grille d'analyse révèle l'existence de quatre types de situations de travail, toutes légitimes et inéluctables, et qu'il faut ainsi équiper, afin d'aboutir à un nouveau modèle de rationalisation du cadre de l'action, cette fois tourné vers la résilience du**

système. Le schéma proposé ci-dessous synthétise nos principales contributions théoriques sur ce point :

Figure n° 21 - Contributions théoriques de ce travail : le rapport dynamique entre agencements organisationnels et situations de gestion au cours du temps



Le schéma présente nos principaux résultats, sous l'éclairage théorique que nous avons retenu dans ce travail. Les unités d'analyse mobilisées apparaissent ainsi en son centre : la situation de gestion (Girin, 1990a ; 1883a,), tout d'abord, qui appréhende l'activité des acteurs dans son contexte organisationnel et l'agencement organisationnel (Girin, 1995), ensuite, à travers lequel nous avons précisément identifié les ressources organisationnelles mobilisées dans les situations de travail. Le schéma doit permettre de restituer fidèlement le fondement théorique porté par les deux concepts centraux de l'étude : situation de gestion et agencement organisationnel sont ainsi positionnés à un niveau intermédiaire entre l'activité et l'organisation.

Nous allons revenir sur les différents résultats mis en exergue par ce schéma. Nous rappellerons tout d'abord les principales caractéristiques du travail réalisé par les acteurs pour réguler les perturbations, un travail que nous avons qualifié de « travail de régulation locale¹⁶¹ ». Nous verrons ensuite de quelle façon les organisations peuvent soutenir celui-ci

¹⁶¹ L'expression fait alors référence au travail d'articulation spécifiquement mis en œuvre pour prendre en charge les situations perturbées : le travail d'articulation opérationnelle, s'il est particulièrement important dans la gestion de l'aléa, est en effet une constante de l'activité dans

dans l'espace, mais aussi au cours du temps : les modalités de cette nouvelle forme de rationalisation du cadre de l'action seront ainsi examinées.

1.2.1. Une caractéristique fondamentale du travail de régulation : la reconstitution de la méta-situation

Dans le contexte dépeint précédemment, celui de l' « industrialisation des soins » et de l'omniprésence d'événements (Zarifian, 1995), une des contributions théoriques de ce travail (*point (1) du schéma*) relève de la description à un niveau d'analyse très micro du travail de régulation entrepris par les acteurs pour faire face à des situations perturbées. Sous l'éclairage du concept de situation de gestion, nous avons identifié deux caractéristiques fondamentales de l'activité de soins, à la fois (a) plurielle (pas une activité mais de multiples activités) et collective, et donc faite d'interdépendances, mais aussi (b) fragmentée dans l'espace et dans le temps¹⁶², ce qui vient confirmer les écrits de Grosjean et Lacoste (1999) sur l'hôpital. Compte-tenu de ces caractéristiques de l'activité, il apparaît **qu'une composante essentielle du travail de régulation entrepris par les acteurs en situations perturbées relève d'un travail que nous avons qualifié de « reconstitution de la méta-situation »**. Il s'agit ici d'acquérir une vision globale de l'activité à la fois passée, présente et future du bloc opératoire et plus généralement de la clinique dans son ensemble, puisque toute décision destinée à réguler une situation perturbée est susceptible d'affecter les autres situations de travail. Plusieurs implications découlent de ce résultat.

En premier lieu, il place les acteurs au centre du travail de régulation et introduit dès lors l'idée d'une profonde asymétrie entre les ressources de l'agencement organisationnel des situations perturbées. Nous inscrivons ainsi l'acteur au cœur de cet agencement ce qui nous conduit à relativiser la littérature autour des objets intermédiaires et des objets frontières qui donne aux objets le statut de « *co-acteur* » dans l'action (Vinck, 1999, p. 408).

En second lieu, ce résultat confère au travail de régulation une dimension intrinsèquement communicationnelle. Et la reconstitution de la méta-situation est une activité dialogique complexe qui dépasse la logique utilitaire de transmission d'informations. Elle constitue une véritable « *discussion* » au sens de Detchessahar (2003 ; 1997) puisqu'il s'agit dans ce

les écrits de Strauss (1992a). C'est bien ici le travail de coordination accompli par les personnels lorsque des événements se présentent qui nous intéresse.

¹⁶² Le temps constitue ainsi une dimension centrale de l'étude, et les deux unités d'analyse retenues (situation de gestion et agencement organisationnel) ont été appréhendées selon un axe temporel, nous allons le voir dans la suite de notre propos.

cadre non pas seulement de recueillir un ensemble de connaissances (renvoie au « *travail de médiation* » identifié par Grosjean et Lacoste, 1999), mais aussi de confronter, de négocier et *in fine* d'arbitrer entre des visions différentes, afin de prendre une décision. Chaque acteur est en effet impliqué dans un certain nombre de situations de gestion en parallèle. Chaque situation est elle-même constituée d'une multitude de participants et nul ne dispose d'une vision d'ensemble de celle-ci. La représentation que chaque acteur se fait de la méta-situation est ainsi « partielle », c'est-à-dire empreinte d'un biais cognitif (l'acteur ne détient qu'une infime partie des savoirs et informations propres à celle-ci, selon les situations dans lesquelles il s'est trouvé impliqué) mais aussi, et de ce fait, nécessairement « partielle », un terme qui fait écho à la dimension politique inhérente à l'échange, l'acteur étant amené, par la discussion, à défendre ses intérêts, eux-mêmes résultants des situations desquelles il est partie-prenante.

Enfin, et contrairement à ce que laissent apparaître de nombreux travaux sur l'hôpital (par exemple Grosjean et Lacoste, 1999 sur le travail de relève), il apparaît que la reconstitution de la méta-situation est un travail permanent. Elle n'est pas seulement le fait des périodes de relève et ne se déroule pas uniquement dans les situations dites perturbées, à l'inverse de ce que pourrait laisser penser la grille d'analyse des situations de travail que nous avons développée. Les acteurs sont conscients de la potentialité que surgisse à tout moment un événement qu'il faudra réguler ; ils se savent, en outre, appartenir à un système d'actions interdépendantes¹⁶³ (Weick et Roberts, 1993). Le caractère permanent de ce travail de reconstitution de la méta-situation, qui vise *in fine* à prendre une décision qui tienne compte de la complexité du système, peut ainsi se rapprocher du concept de vigilance collective proposé par Weick et Roberts (1993).

1.2.2. L'équipement des espaces de discussion dans l'espace et dans le temps

Si cette activité de reconstitution de la méta-situation prend la forme d'une discussion dans les cours d'action, l'agencement qui la prend en charge s'apparente finalement à un véritable « *espace de discussion* » (Detchessahar, 1997). C'est là un résultat fort de notre étude. Une telle perspective appelle à « équiper » la discussion dans l'espace, un point déjà largement traité dans la littérature autour de ce concept (*id.*), mais également à l'équiper dans le temps, un élément suggéré dans la littérature mais qui n'a finalement que très peu été abordé en tant que tel. Si nous discuterons par la suite des implications

¹⁶³ “Actors in the system construct their action (...), understanding that the system consists of connected actions by themselves and others” (Weick et Roberts, 1993, p. 357)

opérationnelles de ce résultat, nous pouvons en revanche, d'emblée, le décliner sous la forme de deux contributions théoriques essentielles (*points (2) et (3) du schéma*).

a. Le rôle des agencements-carrefours dans les cours d'action

Nous avons, en premier lieu, **identifié un type d'agencement organisationnel particulier qui se déploie dans les cours d'action pour gérer les situations perturbées et que nous avons nommé « agencement-carrefour »** (*point (2) du schéma*). L'introduction de cette notion d'« agencement-carrefour » permet d'établir une relation entre le concept de situation de gestion, d'une part, et celui d'agencement organisationnel, d'autre part. L'agencement-carrefour est en effet constitué de ressources que nous avons qualifiées de « pivot » car elles se situent à la croisée d'une multitude de situations de gestion. Le travail de reconstitution de la méta-situation passe ainsi constamment par la mobilisation de l'une ou l'autre de ces ressources-pivots, puisqu'en recourant à l'une d'entre elles, l'acteur élargit son spectre d'implication à d'autres situations de gestion. Il va par là acquérir des informations sur de nouvelles situations et accéder dès lors à une représentation plus fidèle de la méta-situation. **Trois types de ressources-pivots ont finalement été distingués dans ce travail : les acteurs-pivots, les lieux-pivots et les outils-pivots.**

- Les acteurs-pivots

Nous avons tout d'abord identifié l'existence d'un, voire de plusieurs « acteurs-pivots », une position qui procède moins de l'autorité formellement conférée par l'organisation que des ressources temporelles et matérielles - téléphone, espace de travail, *etc.* - que ces acteurs se voient octroyer. Compte-tenu de l'asymétrie dont nous avons fait part au préalable, nos résultats placent l'acteur-pivot au cœur de l'agencement-carrefour. Ces acteurs-pivots tiennent une place centrale dans le travail de reconstitution de la méta-situation car ils se situent à l'interface des différentes situations de gestion, de par la fonction qu'ils y occupent. Dans la clinique étudiée, il en est ainsi de la coordinatrice chargée de répondre aux sollicitations des différentes salles d'intervention et interlocutrice privilégiée des infirmières en charge des rotations de salles.

- Les lieux-pivots

Nous avons ensuite mis en exergue le rôle joué par certains espaces qualifiés de « lieux-pivots ». Si, d'une façon générale, le lieu dans lequel se déroule l'activité de soins cloisonne les acteurs et la perception qu'ils ont dès lors de la situation d'ensemble, il apparaît toutefois que certains espaces favorisent au contraire ce travail de reconstitution

de la méta-situation. Il en est ainsi des espaces centraux de travail - « *salle de commande* » ou « *salle d'orientation* » dans les deux cas étudiés - qui, au regard de la position qu'ils occupent au sein du bloc opératoire, comme du fait des ressources dont ils sont pourvus (stockage de matériel, affichage d'informations, postes informatiques...), constituent un lieu de croisement d'acteurs impliqués dans des situations différentes et au sein desquelles ils possèdent des responsabilités et des rôles distincts.

- Les outils-pivots

Enfin, nos résultats mettent en évidence l'existence d'une dernière ressource-pivot dans cet agencement-carrefour : l'« outil-pivot ». Celui-ci relève d'un usage particulier de l'outil que nous avons appelé « médiation ». Effectivement, ce travail nous a conduite à revenir sur les différents types d'outils de gestion identifiés dans le cas étudié, au regard de l'éclairage théorique retenu. Nous avons ainsi **construit une typologie de l'instrumentation gestionnaire observée au sein de l'établissement étudié qui tienne compte à la fois de la façon dont le dispositif est mobilisé en situation mais aussi de la manière dont il a été conçu par l'organisation, de sa nature même, de ses attributs.** Nous avons ainsi relevé l'existence de trois types d'outils - de « *structuration de l'activité* » (Bancel-Charensol et Jougoux, 2004), de coordination et de traçabilité - servant trois types d'usage - planification (concevoir la « situation de référence » et maintenir l'activité dans celle-ci en empêchant la survenue de perturbations (usage tourné vers le futur) : par exemple, le programme opératoire informatisé), contrôle (vérifier que l'activité s'est déroulée conformément à la « situation de référence » (usage tourné vers le passé) : par exemple au sein du cas étudié, la « *feuille d'écologie* ») et un usage que nous nous proposons d'appeler « médiation » (échanger des informations sur la situation présente réelle éventuellement dans l'optique d'agir sur celle-ci (usage tourné tout autant vers le présent que le passé et le futur) : par exemple, au sein des blocs opératoires considérés, le programme opératoire papier adapté par les personnels). Les outils servant ce dernier usage dans les cours d'action constituent à notre sens une véritable ressource-pivot puisqu'ils sont porteurs d'une représentation des situations de gestion à la fois passées, présentes ou futures qu'ils cristallisent au sein d'un même support : la thèse révélant le faible nombre d'outils favorisant la « médiation » dans la clinique étudiée, nous appelons au déploiement de tels instruments dans les établissements de santé.

- Complémentarité des ressources de l'agencement-carrefour

Notre travail met par ailleurs en évidence la complémentarité qui s'exerce entre ces trois catégories de ressources-pivots dans l'agencement-carrefour. Si chacune se voit doter

d'une telle position dans l'action, c'est avant tout du fait des rapports qu'elles entretiennent entre elles. Ainsi, nous avons établi que le rôle central joué par l'acteur-pivot dans la régulation des perturbations tenait pour partie aux ressources matérielles qu'il possédait. De même, un espace se voit conférer le statut de lieu-pivot précisément parce qu'il abrite des acteurs ou des outils de gestion que d'autres acteurs ont besoin de mobiliser. De ce fait, la « *vigilance collective* » (Weick et Roberts, 1993) dont nous avons au préalable fait état est entretenue par la conception architecturale des lieux : amenés à se rendre dans ces espaces pour des raisons inhérentes à la situation de gestion dans laquelle ils sont impliqués (aller chercher du matériel ou consulter un outil, par exemple), les acteurs obtiennent, sans en avoir nécessairement poursuivi l'objectif (par exemple par la vue ou par l'interpellation spontanée d'un collègue), des informations sur d'autres situations de gestion et se trouvent eux-mêmes en position de communiquer les informations dont ils sont en possession.

b. Equiper les espaces de discussion au cours du temps

Toutefois, nous avons au préalable souligné la nécessité d'équiper la discussion certes dans l'espace, dans les cours d'action, mais aussi plus profondément dans le temps : en second lieu, **nos résultats mettent dès lors en évidence le rôle joué par les ressources organisationnelles au cours du temps (point (3) du schéma).**

- Soutenir la constitution d'une identité collective

Certains espaces, de par la manière dont ils sont aménagés, positionnés au sein du bloc opératoire ou dotés en ressources matérielles, deviennent en effet le lieu privilégié de la constitution d'une véritable identité collective au sein des équipes qui vient elle-même nourrir la discussion au cours du temps. A travers ces moments d'échanges informels, que la disposition des lieux autorise ou facilite, les acteurs d'une même équipe se construisent comme un groupe uni, autour de valeurs et de préoccupations communes, souvent par opposition à un autre collectif (médecins, administratifs...). Or, la constitution de cette identité collective va susciter l'intercompréhension entre les acteurs, favoriser la création de repères partagés ou de « conventions » et *in fine* faciliter le dénouement de la discussion sous la forme d'un accord durable entre les acteurs.

Au-delà des espaces, ce sont aussi les outils qui vont jouer un rôle fondamental dans la constitution de cette identité collective. S'appuyant sur une conception particulière de l'organisation, faite d'interdépendances (informationnelles) entre les acteurs, l'alimentation des outils est finalement vécue par chacun comme un acte de solidarité à travers lequel on « donne » à l'autre. Les personnels se sentent appartenir à un même

système d'action collective, tourné vers le même objectif : soigner le patient. En véhiculant une identité commune, l'outil de gestion nourrit des processus d'intercompréhension entre les acteurs, il donne accès à la connaissance du travail de l'autre, de ses besoins et de ses contraintes, et facilite à son tour la discussion, dans les cours d'action.

Si les espaces physiques favorisent la construction d'une identité collective au sein du bloc opératoire (et surtout au sein de l'équipe d'infirmières), les outils génèrent quant à eux le sentiment d'appartenance à un collectif plus vaste, regroupant des services et des fonctions diverses qui ne sont pas nécessairement amenés à se rencontrer *de visu* dans les espaces précédemment mis en évidence. Nous appelons dès lors à la mise en œuvre concomitante de ces espaces et outils.

- Favoriser les retours d'expérience

Par ailleurs, il apparaît nécessaire d'organiser des moments de rencontre réguliers entre les acteurs et de mettre à leur disposition des outils de gestion qui vont favoriser le retour d'expérience, la réflexivité collective. Il s'agit d'apprendre des situations de gestion passées afin de faire évoluer l'agencement organisationnel qui prend en charge les situations perturbées, à la fois les ressources matérielles, mais aussi symboliques (constitution d'un « répertoire des possibles » qui guidera les personnels dans les actions envisageables pour réguler une perturbation compte-tenu des expériences passées).

Pour conclure sur les contributions théoriques de ce travail de recherche, le tableau ci-dessous résume les principaux concepts développés dans la thèse :

Tableau n° 10 - Synthèse des concepts développés dans la thèse

CONCEPT DEVELOPPE	DEFINITION	EXEMPLES DANS LE CAS ETUDIE
LA META-SITUATION	Vision d'ensemble à un instant t de l'activité à la fois passée, présente et future. <i>Quel fondement théorique de ce concept ?</i> Un concept qui s'appuie sur la notion de situation de gestion (Girin, 1990a ; 1983a) : caractère dispersé dans le temps et dans l'espace de l'activité, fragmentée en une multitude de situations de gestion. Le travail de reconstitution de la méta-situation consiste en un « <i>travail de médiation</i> » (Grosjean et Lacoste, 1999) c'est-à-dire de transmission des informations que l'on détient au regard du travail que l'on effectue et nécessaire au travail d'autres acteurs ; et plus fondamentalement en une « <i>discussion</i> » (Detchessahar, 2003, 1997) afin d'arbitrer entre des contraintes et des intérêts divergents et qui tiennent pour partie aux situations dans lesquelles chacun est impliqué.	Le programme opératoire à venir, celui qui se déroule actuellement en salle et l'activité chirurgicale déjà effectuée
	Combinaison de ressources humaines, matérielles et symboliques qui se situent à la croisée de plusieurs situations de gestion. <i>Quel fondement théorique de ce concept ?</i> Un concept qui fait le lien entre les situations de gestion et les agencements organisationnels de Girin (1990a, 1983a, 1995).	On distingue trois types de ressources-pivot au sein de cet agencement-carrefour : l'acteur-pivot ; l'outil-pivot ; le lieu-pivot
	Acteur qui, au regard de la fonction occupée, se situe à l'interface de plusieurs situations de gestion.	L'infirmière-coordinatrice
L'AGENCEMENT-CARREFOUR	Lieu de rencontre physique entre une multitude de situations de gestion dispersées dans l'espace, du fait des ressources dont il est doté ou de la position occupée sur le site.	L'espace de travail central : salle d'orientation, salle de commande
	Outil qui cristallise sur un support physique une représentation d'ensemble des situations de gestion à la fois passées, présentes et futures, perturbées ou non, présentant ou non des incertitudes. Dans la typologie des outils développée, ce sont surtout les outils qui jouent le rôle de « médiation » que nous avons appréhendés comme des outils-pivots.	Le programme opératoire papier que les acteurs ont adapté ; le cahier de transmission

TYPE D'OUTIL	RÔLES DE L'OUTIL / OBJECTIFS POURSUIVIS DANS L'USAGE	
	OUTIL DE STRUCTURATION DE L'ACTIVITE	OUTIL DE TRAÇABILITE
	<p>Outil conçu pour élaborer la trame organisationnelle future.</p> <p><i>Quel fondement théorique de ce concept ?</i> Un terme tiré des travaux de Bancel-Charensol et Jougleux (2004, p. 91).</p> <p>Outil conçu pour enregistrer et conserver une « trace » de l'ensemble des actes réalisés sur une trajectoire de patient.</p> <p>Outil conçu pour transmettre des informations entre les différents acteurs et unités intervenant dans la prise en charge des patients.</p>	<p>Les procédures ou protocoles, le programme opératoire</p> <p>La feuille d'écologie, la check-list HAS</p> <p>La fiche de liaison bloc-stérilisation, le cahier de transmission, l'outil de supervision du bloc</p>
	<p>Outil mobilisé pour prévoir, pour orienter les comportements des acteurs vers les objectifs définis par l'organisation et ainsi, dans la clinique investiguée, pour maintenir l'activité dans la « situation de référence », tournée vers l'efficacité.</p> <p>Outil utilisé pour évaluer le travail réalisé et s'assurer, dans la clinique étudiée, de sa pleine conformité avec les objectifs définis par l'organisation (matérialisés dans la « situation de référence »).</p> <p>Outil mobilisé pour « connaître » (partage des connaissances et, <i>in fine</i>, reconstitution de la méta-situation) et/ou « transformer » (génère une activité cognitive qui prend appui sur l'outil : élaborer des propositions d'action, de changement puis arbitrer et prendre des décisions), dans les cours d'action tout autant que lors de périodes de réflexivité.</p> <p><i>Quel fondement théorique de ce concept ?</i></p> <p>Un concept tiré :</p> <ul style="list-style-type: none"> des travaux de Grosjean et Lacoste (1999) sur l'hôpital puisque l'une des fonctions de cet outil est d'assurer le « travail de médiation » mis en évidence par les auteurs. des travaux de Moïsdon (1997) sur les outils de gestion qui mettent en exergue trois types d'usage possibles des outils : normer les comportements (outils de conformation) ; connaître (outils d'investigation du fonctionnement organisationnel) ; transformer (outils d'accompagnement de la mutation et d'exploration du nouveau). 	<p>Le programme opératoire informatisé, la fiche de liaison bloc-stérilisation</p> <p>La feuille d'écologie, certains usages de l'outil de supervision du bloc</p> <p>Le cahier de transmission, le programme opératoire papier réinventé par les personnels</p>
	OUTIL DE PLANIFICATION	OUTIL DE CONTROLE
	OUTIL DE MEDIATION	

TYPOLOGIE DES OUTILS

Si les contributions théoriques de ce travail de recherche sont plurielles, il en va de même pour les résultats méthodologiques et empiriques de la thèse, que nous nous proposons d'examiner dans la suite de notre propos.

2. LES PRINCIPALES RETOMBÉES EN TERMES DE MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Nous recenserons trois apports de la thèse sur le plan méthodologique : l'originalité de ce travail réside tout d'abord dans le mode de recueil des données déployé sur le terrain étudié (2.1) ; nous avons également contribué par la recherche à opérationnaliser le concept d'agencement organisationnel (2.2) et de situation de gestion (2.3) en développant une grille d'analyse des données spécifique.

2.1. L'observation *in situ* d'un bloc opératoire

La recherche s'intéresse aux cliniques privées, un objet qui n'a été jusqu'ici que peu étudié en Sciences de gestion (Claveranne et Piovesan, 2003). Plus particulièrement, **l'originalité de la méthodologie réside dans la délimitation du périmètre du terrain (le choix du bloc opératoire) combinée à la stratégie d'accès au réel retenu (l'observation *in situ*)** : les observations réalisées dans les établissements de santé se sont en effet jusqu'ici surtout concentrées sur l'étude des services de soins (par exemple Grosjean et Lacoste, 1999) ou d'urgence (par exemple Peneff, 1992) des hôpitaux, beaucoup moins sur l'étude des blocs opératoires d'établissements privés. Un des apports de la thèse sur le plan méthodologique réside ainsi dans les grilles d'observation du travail au bloc opératoire que nous avons élaborées et qui sont détaillées en annexe du présent document (annexe n°4). Nous nous sommes attachée, en outre, à faire preuve de réflexivité dans la présentation de notre méthodologie : nous avons ainsi mis au jour les difficultés et les biais inhérents à la méthode et exposé la façon dont nous avons cherché à les contourner en émettant un certain nombre de propositions très concrètes (dans la présentation de soi et de sa recherche, en ce qui concerne les entretiens en situation ou la position d'observation et ses temporalités, *etc.*).

2.2. L'opérationnalisation du concept d'agencement organisationnel

Les autres apports méthodologiques de la thèse relèvent de la façon dont nous avons procédé dans l'analyse des données. Nous avons en effet travaillé nos données de terrain à partir d'un cadre théorique précis, celui des agencements organisationnels de Girin (1995). Mais le modèle n'a pas été testé, confronté à ce matériau empirique dans une perspective hypothético-déductive : la méthodologie cherchait à tirer des propositions de l'étude de cas et le cadre théorique a finalement été mobilisé pour éclairer le matériau empirique

collecté. A l'inverse des méthodes de codage traditionnelles, dans lesquelles le chercheur procède par sommation ou par regroupement de catégories en « *méta-catégories* » (Allard-poesi, 2003), nous avons pratiqué un **codage que l'on peut qualifier de « descendant »**. Nous avons analysé la coordination au bloc opératoire à l'aune de trois catégories correspondant aux trois types de ressources de l'agencement mis en évidence par Girin (1995) - humaines, matérielles et symboliques - et les avons décomposées en unités d'analyse plus précises et plus opérationnelles (outils papiers, informatiques, règles, communication...), en les confrontant aux données empiriques, de manière à aboutir à une description très détaillée des modes de coordination adoptés. Ces différents axes d'analyse ont eux-mêmes été déclinés en sous-catégories d'une finesse supérieure (voir annexe n°5). Finalement, **c'est un véritable outil d'analyse des agencements organisationnels sur des données empiriques que nous avons élaboré dans ce travail de recherche, contribuant par là à l'opérationnalisation de ce concept.**

2.3. L'usage du concept de situation pour interroger l'organisation en retour : l'identification d'un niveau d'analyse supplémentaire

En troisième lieu, cette thèse apporte, dans la lignée des travaux de Girin (1990a ; 1983a) puis de ceux de Journé et Raulet-Croset (2008 ; 2004), **la démonstration supplémentaire de la puissance du concept de situation de gestion pour interroger l'organisation en retour.**

Les données empiriques ont en effet été découpées en unité d'analyse plus fine, en situations de gestion. Ce travail d'identification des différentes situations de gestion a révélé l'existence de deux axes d'analyse fondamentaux pour appréhender l'activité de soins et les modes de coordination en découlant. Il en est ainsi du caractère singulier de cette activité, largement mis en évidence au demeurant par Minvielle (1996 et 2000) et qui nous a amenée à identifier deux types de situations de travail : celles qui se déroulent conformément à la trame préétablie, donc que l'on a pu normaliser, et celles qui échappent à cette organisation, les situations singulières qui voient surgir des perturbations (Engeström, 2000) ou des événements (Zarifian, 1995). Mais compte-tenu de notre objet d'étude, une seconde dimension que nous n'avions pas *a priori* retenue pour l'analyse s'est imposée dans ce travail : outre le degré de singularité, les ressources organisationnelles mobilisées par les acteurs semblaient en effet varier selon le niveau de connaissance possédé sur la situation. Ce second axe nous a amenée à distinguer des situations de travail dans lesquelles les acteurs ont le sentiment de disposer de l'ensemble des informations nécessaires et d'autres au sein desquelles ils se trouvent plongés dans une grande incertitude. Nous avons finalement distingué quatre types de situations de gestion

envisageables présentant chacun un agencement organisationnel particulier que nous nous sommes attachée à décrire dans ce travail. Ainsi, la recherche a généré une grille d'analyse des modes de coordination adoptés au sein des établissements de santé, à partir de l'étude des situations de gestion.

Effectivement, une des préoccupations centrales de la thèse concernait le niveau d'analyse pertinent à adopter lorsqu'on s'intéresse à la coordination du travail. Si nous avons ici démontré l'intérêt d'une entrée sur ce sujet par les situations de gestion, **nos résultats ont révélé l'existence d'un second niveau d'analyse essentiel qu'il faut nécessairement considérer lorsqu'on s'intéresse à cette question de la coordination : la méta-situation.** L'équipement du travail de régulation locale a finalement été envisagé à ce double niveau dans la thèse (situation/méta-situation).

3. LES PRINCIPAUX APPORTS EMPIRIQUES

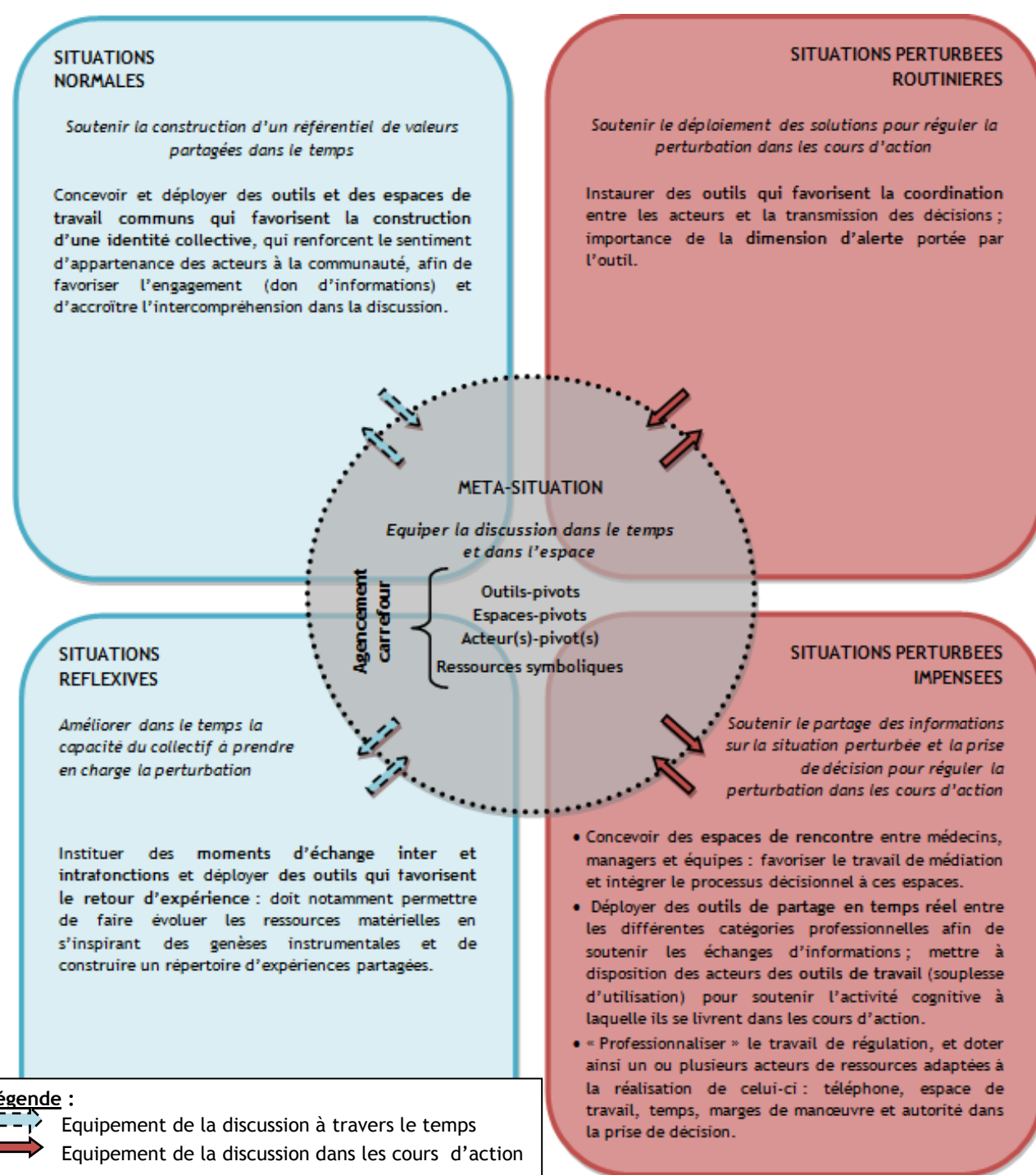
Nos principaux résultats sur le plan empirique découlent des propositions très concrètes que nous avons formulées sur la façon dont **une organisation peut soutenir les acteurs dans le travail de régulation locale** qu'ils accomplissent face à une perturbation : en sus des dispositifs de planification instaurés dans une perspective d'anticipation, nous avons en effet appelé, dans la thèse, à la conception d'une organisation tournée vers la résilience. Ce sont ces résultats que nous nous proposons ici de rappeler, à partir du schéma de synthèse proposé ci-après (figure n°22).

Le schéma interroge ainsi la façon dont il faut équiper ce travail de reconstitution d'une vision d'ensemble au bloc opératoire, que nous avons appelée dans la thèse « méta-situation ». Or, nous avons apparenté ce travail de reconstitution de la méta-situation à une véritable discussion : c'est ainsi l'équipement des « *espaces de discussion* » (Detchessahar, 1997) que nous avons interrogé dans la recherche. Nous avons, dans cette perspective, plaidé en la faveur d'un « agencement-carrefour » constitué de ressources dites « pivots » situées à la croisée de l'ensemble des situations de gestion (passées, présentes, futures, perturbées ou non, présentant ou non des incertitudes). Le schéma **examine dès lors la façon dont l'organisation peut équiper cet espace de discussion lorsqu'il s'ouvre dans les cours d'action, mais aussi plus profondément à travers le temps** (un élément qui n'a jusqu'alors que peu été étudié dans la littérature), **en revenant très concrètement sur le design de cet agencement-carrefour.**

Toutefois, nous avons dans ce travail révélé l'existence d'importantes différences entre les agencements organisationnels des quatre types de situations de gestion que nous avons identifiés : les ressources organisationnelles mobilisées par les acteurs diffèrent selon le

degré de singularité et le niveau de connaissance que ceux-ci se sentent posséder sur une situation. Le design de l'agencement-carrefour que nous appelons à concevoir doit donc nécessairement tenir compte des spécificités propres à chaque type de situation que nous avons distingué dans ce travail. Le schéma revient ainsi sur certaines de ces spécificités pour formuler des propositions sur la façon dont l'organisation peut équiper la discussion dans une perspective de résilience.

Figure n° 22- Contributions empiriques de ce travail : la dynamique des espaces de discussion



Quelles recommandations managériales concrètes ce schéma suggère-t-il dès lors ? Nous distinguerons ici les propositions relevant de l'équipement des espaces de discussion, dans les cours d'action (3.1), de l'alimentation de ces espaces à travers le temps (3.2).

3.1. Equiper les espaces de discussion dans les cours d'action

Dans les cours d'action (*partie droite du schéma*), il s'agit de concevoir des outils et des espaces qui permettent le partage d'informations sur la situation perturbée, et non seulement des dispositifs qui renvoient une image de l'activité telle qu'elle a été programmée, afin d'instruire la décision. Il s'agit en outre de mettre à disposition des équipes des ressources qui favorisent l'activité à la fois cognitive (élaboration de solutions potentielles pour faire face au problème) et délibérative (arbitrage à réaliser entre ces différentes propositions et la vision de la situation portée par chaque acteur) à laquelle se livrent les acteurs (*cf : situations perturbées impensée sur le schéma*) ; il s'agit en outre de soutenir les personnels dans la transmission et le déploiement des décisions retenues (*cf : situations perturbées routinières*).

Nous appelons dans ce cadre à la **conception d'espaces de travail communs aux différentes catégories d'acteurs présentes au sein d'une même unité** (et notamment, au bloc opératoire, praticiens, managers et infirmières) afin de faciliter les échanges d'informations mais aussi la prise de décision, essentiellement opérée par le médecin. Il s'agit bien, à travers cette recommandation, de replacer le processus décisionnel au cœur même de l'espace de discussion.

Nous suggérons ensuite de **déployer des outils de gestion particuliers**¹⁶⁴ qui permettent le partage des informations en temps réel et constituent des supports à la réflexion et à l'élaboration de propositions d'action. Notre travail de recherche nous a conduite à identifier trois caractéristiques essentielles pour que ces outils soient adaptés à un usage en situations perturbées : leur format et le lieu dans lequel ils sont consultés doivent **favoriser un usage collectif** de l'outil en situation ; ils doivent offrir aux acteurs une certaine **souplesse dans l'usage** (possibilité d'effectuer des modifications aisément, mais aussi de procéder à des essais afin de soutenir la réflexion, possibilité d'ajouter et de mettre en avant des particularités...) ; enfin, ils doivent être dotés d'une **dimension d'alerte** visant à attirer l'attention des personnels sur les dernières modifications véhiculées par l'outil. Il s'agit par là de faciliter le processus de collecte des informations, notamment lorsque les acteurs ont le sentiment d'être en possession de l'ensemble des

¹⁶⁴ Il s'agit sur le plan théorique des outils qui favorisent un usage de « médiation ».

connaissances nécessaires à leur travail et ne s'engagent pas, dès lors, dans une démarche active de recueil des informations (situations dites routinières).

Enfin, notre travail de recherche a mis en évidence le **rôle de certains acteurs autour desquels s'organise la discussion** et qui sont ensuite chargés de porter puis de faire appliquer les produits de cette discussion auprès de l'ensemble des personnels concernés. Nous appelons ainsi à une certaine « professionnalisation » du travail d'organisation qu'induit la prise en charge d'une perturbation. Nous ne parlons pas ici seulement de la nécessité de mettre en visibilité ce travail de régulation. Il s'agit également de **l'équiper au moyen de ressources matérielles** - le téléphone semble être à ce titre un outil indispensable à la bonne prise en charge du problème ; les acteurs qui se voient confier une telle mission doivent être rattachés à un espace de travail particulier et identifié comme tel par chacun, dans lequel ils sont à même d'y croiser une grande partie des intervenants du bloc opératoire -, de **ressources temporelles** - ces acteurs doivent être libérés de l'activité de soins pour être positionnés sur des missions moins absorbantes et les plaçant davantage en interface avec le reste des personnels (gestion de l'organisation ou du matériel pour les interventions futures, missions d'optimisation des moyens, voire même poste dédié à la gestion des problèmes...) -, et enfin de **ressources symboliques**. Nous appelons sur cet aspect à redonner aux personnels de soins des marges de manœuvre sur les questions à teneur organisationnelle (gestion du personnel ou de l'affectation des salles par exemple), marges de manœuvre qui doivent être négociées avec les médecins au sein d'instances dédiées (comité de bloc notamment). Par ailleurs, l'étude révèle que la légitimité acquise par l'infirmière en charge de ces questions au sein des blocs opératoires étudiés tient pour partie au système de rotation mis en place sur ce poste. Toutes les infirmières sont en effet amenées, au fil des semaines, à occuper les fonctions de coordinatrice de bloc. Tour à tour placées dans cette position d'interface, elles prennent conscience des ressources informationnelles que la fonction confère et ne se trouvent dès lors plus en mesure de contester les arbitrages qui sont opérés par la coordinatrice dans les cours d'action. Ainsi, si la fonction de coordinatrice semble constituer, au sein du cas étudié, l'élément déterminant de la bonne prise en charge de l'événement, nous ne plaidons pas pour autant, lorsque nous parlons de « professionnalisation », en la faveur d'une spécialisation de ses missions auprès d'un acteur dédié.

3.2. Alimenter dans le temps les espaces de discussion

Nous appelons, en outre, à la conception d'espaces et d'outils, à l'organisation de moments de rencontre inter et intra-fonctions qui favorisent, dans le temps, ce travail de reconstitution de la méta-situation (*partie gauche du schéma*).

Il apparaît ainsi essentiel de développer des outils qui favorisent le retour d'expérience mais également d'organiser des moments de « réflexivité » au cours desquels les acteurs, momentanément sortis de l'action, procèdent à un retour critique sur leurs pratiques passées, notamment lorsqu'ils ont fait face à des événements, de manière à améliorer la capacité du collectif à prendre en charge les situations perturbées par la suite (cf : *situations réflexives sur le schéma*). Il s'agit ici **d'organiser des temps d'échanges réguliers au sein des équipes, afin de mettre en débat l'activité**. Ces rencontres formelles ne doivent pas être perçues comme des espaces dans lesquels le management se contente de transmettre des informations lui venant de sa hiérarchie, une conception de la réunion qui semble prégnante dans la stratégie de gestion des risques tournée vers l'anticipation. Au contraire, il nous semble nécessaire que, dans ces temps de rencontre, les acteurs aient la possibilité d'échanger, de s'expliquer et de faire remonter les dysfonctionnements au responsable de proximité chargé d'animer ces réunions. Plus profondément, nous appelons à un véritable renversement de cette logique et à l'émergence d'une démarche participative dans laquelle les projets naissent du terrain. Ces réunions doivent laisser aux personnels certaines latitudes quant à l'ordre du jour, afin que ceux-ci aient la possibilité d'élaborer collectivement des propositions dont le manager de proximité se fera le relai en allant les porter auprès d'instances supérieures (comité de bloc, comité de direction, etc.). Ces moments de rencontre doivent ainsi permettre de faire évoluer les ressources à disposition des acteurs en situations perturbées, à la fois matérielles et symboliques. Il s'agit ici de concevoir des nouveaux outils, en s'inspirant notamment des productions dans l'usage, mais également d'alimenter, à travers la discussion collective, un répertoire d'expériences partagées. Celui-ci permettrait d'identifier plus facilement les problèmes, d'arbitrer et de déployer des solutions plus rapidement. Dans ce cadre, **des moments de confrontations inter-fonctions doivent également être envisagés**. Ces rencontres offrent la possibilité d'échanger et de comprendre les logiques propres à chaque catégorie d'acteurs et développent dès lors la capacité collective à gérer l'aléa.

Enfin, la perspective dynamique que nous adoptons met en évidence **l'importance des « espaces » de rencontre (à la fois lieux et outils) dans la construction permanente d'une véritable identité collective** (cf : *situations normales sur le schéma*) qui nourrit les processus d'intercompréhension à l'œuvre dans la discussion. Il s'agit ici notamment d'ouvrir des espaces propices à la confiance, au dévoilement de soi, en aménageant des lieux fermés, dédiés aux équipes (salle de pause, espace de travail particulier) et accessibles facilement. Bien que l'efficacité des conversations qui se déroulent dans ces lieux ne soit pas mesurable, il apparaît que celles-ci développent au sein des équipes un

fort sentiment d'appartenance qui favorise ensuite l'implication des acteurs dans la régulation des perturbations et l'arbitrage induit par la discussion.

4. LIMITES DE LA THÈSE ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

On peut relever certaines limites à ce travail de thèse qui constituent autant de perspectives de recherche futures.

En premier lieu, nous avons dans la thèse fait le choix d'un cadre théorique bien délimité, celui d'une entrée par l'activité, et n'avons par là que peu investigué la littérature autour d'un objet pourtant important dans notre étude : le risque. Effectivement, les questions de sécurité, de risque, d'aléa s'inscrivent au cœur de notre propos mais elles n'ont dans ce travail été abordées qu'à partir de deux éclairages théoriques spécifiques : tout d'abord, le concept d'événement (Zarifian, 1995) qui, montrant les limites de la planification lorsque surgissent des imprévus, nous a conduit à adopter cette entrée par l'activité ; la distinction entre stratégie d'anticipation et de résilience établie par Wildavsky (1988), ensuite, qui suggère la possibilité d'organiser, d'équiper la gestion des événements et appelle dès lors à s'intéresser à de nouvelles formes de rationalisation du cadre de l'action. La recherche pourrait ainsi être prolongée en approfondissant le champ de littérature autour de la gestion du risque et de l'improvisation organisationnelle qui complèterait sans doute utilement les résultats que nous suggérons sur les caractéristiques du travail de régulation locale et la manière dont l'organisation peut le soutenir.

Une seconde limite de la thèse réside dans le caractère singulier du cas que nous avons étudié. Nous avons dans le chapitre 4 fait état des spécificités de l'établissement (une clinique privée à but lucratif, à la pointe de la rationalisation économique et au sein de laquelle les médecins sont actionnaires), ce qui pose la question de la généralisation scientifique de la recherche. C'est toutefois au regard de cette singularité que le terrain a constitué un cas particulièrement intéressant à étudier compte-tenu de l'objet de notre recherche : nous l'avons dans cette perspective présenté comme un « *cas exemplaire* » (David, 2003 ; Giroux, 2003) dans le chapitre méthodologique. Nous avons en outre précisé dans ce chapitre que la généralisation scientifique de la recherche s'opère de façon « *analytique* » plus que « *statistique* » (Yin, 1994 ; David, 2003) : nous avons ainsi fait état dans cette conclusion d'un certain nombre de propositions théoriques applicables au sein d'autres organisations de santé (équipement des espaces de discussion, agencements-carrefours, grille d'analyse des outils de gestion...) ; la recherche nous a par ailleurs conduit à porter un regard critique sur des outils de gestion déployés à un niveau macro

(notamment la certification HAS) et qui concernent l'ensemble des établissements de santé français. Ce travail pourrait cependant être prolongé pour valider la pertinence de nos résultats, d'une part en étudiant d'autres établissements de santé, notamment publics. D'autre part, ce travail pourrait être étendu à des organisations appartenant à d'autres secteurs et confrontées à des problématiques similaires (enjeux importants en matière de coordination du travail et notamment de partage des informations ; activité fortement soumise à l'aléa) dans un contexte analogue de montée des contraintes externes.

En troisième lieu, nous avons fait le choix dans la thèse de focaliser notre attention sur la façon dont les personnels d'un bloc opératoire se coordonnent afin de décrire avec précision les modes de coordination adoptés, à un niveau opérationnel. Si le management de proximité n'est pas absent de notre analyse, son rôle dans la régulation des perturbations n'a toutefois pas fait, en lui-même, l'objet d'une réflexion approfondie dans la thèse. Il conviendrait dès lors de poursuivre la réflexion sur ces questions en interrogeant le rôle à jouer par le manager de proximité dans ce travail de régulation locale, notamment dans les espaces de discussion qui s'ouvrent dans les cours d'action (animation et équipement de ces espaces). Il s'agirait en outre de poser la question des moyens dont dispose le responsable de proximité, des marges de manœuvre qu'on lui reconnaît, ce qui interroge plus avant le rôle du management supérieur. Nous appelons par ailleurs en conclusion de ce chapitre à l'émergence d'une démarche participative dans laquelle les propositions ou les projets naissent du terrain. La façon dont il faut amener et accompagner les organisations de soins vers ces profonds changements reste là encore à interroger.

BIBLIOGRAPHIE

Articles et ouvrages académiques

- Achard P. (1994), « L'écriture intermédiaire », *Communications*, n° 58, pp. 149-156
- Acker F. (2005), « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1, pp. 161-181
- Akrich M. (2006), « La construction d'un système socio-technique », in Akrich M., Callon M., Latour B. (dir.), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Mines Paris Les Presses, pp. 109-134
- Akrich M. (2006), « La description des objets techniques », in Akrich M., Callon M., Latour B. (dir.), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Mines Paris Les Presses, pp. 159-178
- Akrich M. (2006), « Les objets techniques et leurs utilisateurs. De la conception à l'action », in Akrich M., Callon M., Latour B. (dir.), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Mines Paris Les Presses, pp. 179-200
- Akrich M. (2006), « Les utilisateurs, acteurs de l'innovation », in Akrich M., Callon M., Latour B. (dir.), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Mines Paris Les Presses, pp. 253-266
- Akrich M., Callon M., Latour B. (dir.) (2006), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Mines Paris Les Presses, 304 p.
- Allard-Poesi F. (2003), « Coder les données », in Giordano Y. (dir), *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative*, EMS (Ed), pp. 246-290
- Allard-Poesi F., Maréchal G. (2003), *La construction de l'objet de recherche. Méthodes de recherche en management*, R. A. Thiétart, Dunod, pp. 34-56
- Alsène E., Pichault F. (2007), « La coordination au sein des organisations : éléments de recadrage conceptuel », *Annale des mines, Série Gérer et Comprendre*, n° 87, pp. 61-77
- Alter N. (2009), *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, Ed. La Découverte, Paris, 231 p.
- Amar A., Berthier L. (2006), « Le Nouveau Management Public : Avantages et Limites », *XVI^e International Rese Conference*, Lisbonne, Services Governance and Public Policies, pp. 1-13

Amy L. Halverson A.L., Casey J.T., Andersson J., Anderson K., Park C. Rademaker A.W., Moorman D. (2011), "Communication failure in the operating room", *Surgery*, Vol. 149, n°3, pp. 305-310

Arborio A. M., Fournier P. (2008), *L'observation directe. L'enquête et ses méthodes*, Armand Colin, Paris, 128 p.

Austin J. L. (1970), *Quand dire, c'est faire*, traduit de *How to do Things with Words* (1962), Editions du Seuil, Paris, 201 p.

Avenier M.J., Gavard-Perret M.L. (2008), « Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique », in Gavard-Perret M.L. et al. (dir.), *Méthodologie de la recherche. Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Pearson Education, Paris, pp. 5-45

Awad S.S., Fagan S.P., Bellows C., Albo D., Green-Rashad B., De La Garza M., Berger D.H. (2005), "Bridging the communication gap in the operating room with medical team training", *The American Journal of Surgery*, Vol. 190, n°5, pp. 770-774

Bancel-Charensol L. & Jougleux M. (2004), « L'impact des outils de gestion sur le travail en « front office » », *Travail et emploi*, n°99, pp. 81-97

Barthe B. (2003), « Elaboration, mise en œuvre et apport classificatoire d'un cadre d'analyse des aspects collectifs du travail », *Actes de la SELF « Modèles et pratiques de l'analyse du travail 1988-2003 15 ans d'évolution »*, Paris, pp. 181-188

Bea R. (2008), "Managing the unpredictable", *Mechanical engineering*, American Society of Mechanical Engineers, New-York, pp. 1-10

Beaud S. (1996), « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l' "entretien ethnographique" », *Politix*, n°35, pp. 226-257

Becker H.S. (2002), *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Editions La Découverte, Paris, 353 p.

Béguin P., Cerf M. (2004), « Formes et enjeux de l'analyse de l'activité pour la conception des systèmes de travail », *Activités*, Vol. 1, n°1, pp. 54-71

Béguin P., Clot Y. (2004), « L'action située dans le développement de l'activité », *Activités*, Vol. 1, n°2, pp. 35-49

Béguin, P., Rabardel, P. (2000), « Concevoir pour les activités instrumentées », *Revue d'Intelligence Artificielle*, Vol. 14, pp. 35-54.

Binst M. (1990), *Du mandarin au manager hospitalier*, Logiques sociales L'Harmattan, Paris, 267 p.

Bonniol V., Hartmann L. (1998), La tarification des cliniques à la lumière du PMSI, *Economie publique*, Vol. 2, pp.115-140

Borzeix. A. (1991), « Quand parle le travail. Vers un nouveau domaine de recherche interdisciplinaire », *Revue internationale d'action communautaire*, Vol. 25, n°65, pp. 137-144

Borzeix A., Cochoy F. (2008), « Travail et théories de l'activité : vers des *workspace studies* ? », *Sociologie du travail*, Vol. 50, pp. 273-286

Borzeix A., Fraenkel B. (dir.) (2001), *Langage et travail*, CNRS Ed., Paris, 379 p.

Boucheix J. M., Coiron M. (2008), « Analyse de l'activité de transmission écrite au cours des relèves de poste à l'hôpital : Évaluation ergonomique de l'usage d'un nouveau format d'écriture », *@ctivités revue électronique*, Vol. 5, n°1, pp. 79-102

Boutet J., Gardin B., Lacoste M. (1995), « Discours en situation de travail », *Langages*, 29^e année, n°117. *Les analyses du discours du travail*, pp. 12-31

Boutet M. (2010), « Innovation par l'usage et objet-frontière. Les modifications de l'interface du jeu en ligne MounTy par ses participants », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol 4, n°1, pp. 87-113.

Bras P.L., Pouvourville (de) G., Tabuteau D. (dir.) (2009), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Editions de Santé - Presses de Sciences Po, Paris, 561 p.

Bréchet J.P. (2000), « Modèle, modélisation et modelage de l'organisation : à propos du diagnostic organisationnel d'une grande université pluridisciplinaire », in Martin M., Teller R. (dir.), *La décision managériale aujourd'hui. Mélanges en l'honneur de Jacques Lebraty*, IAS (Ed), Paris, pp. 167-189

Callon M. (2006), « Pour une sociologie des controverses technologiques », in Akrich M., Callon M., Latour B. (dir.), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Mines Paris Les Presses, pp. 135-158

Callon M. (2006), « Quatre modèles pour décrire la dynamique des sciences », in Akrich M., Callon M., Latour B. (dir.), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Mines Paris Les Presses, pp. 201-252

Callon M. (2006), « Sociologie de l'acteur-réseau », in Akrich M., Callon M., Latour B. (dir.), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Mines Paris Les Presses, pp. 267-276

Callon M., Latour B. (2006), « Le grand Léviathan s'apprivoise-t-il ? », in Akrich M., Callon M., Latour B. (dir.), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Mines Paris Les Presses, pp. 11-32

Chaabane S., Guinet A., Smolski N., Guiraud M., Luquet B., Marcon E., Viale J.P. (2003), « La gestion industrielle et la gestion des blocs opératoires », *Annales françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, Vol. 22, pp. 904-908

Chalmers A. (1987), *Qu'est-ce que la science ?*, La découverte (Ed), Paris, 287 p.

Charns M.P., Young G.J., Daley J., Khuri S.F., Henderson W.G. (2000), "Coordination and Patient Care Outcomes", in Kimberly J. R., Minvielle E. (dir.), *The Quality Imperative. Measurement and Management of quality in Healthcare*, Imperial College Press, 214 p.

Chaumon E., Estryn-Béhar M., Garcia F., Milanini-Magny G., Deslandes H., Ravache A. E., Bitot T., Picot G. (2009), « Réduction du temps de partage parmi les soignants. Quand l'isolement et la parcellisation du travail réduisent les possibilités de soins relationnels en gériatrie », *Actes de la SELF « Ergonomie et organisation du travail »*, Toulouse pp. 569-578

Christian C.K., Gustafson M.L., Roth E.M., Sheridan T.B., Gandhi T.K., Dwyer K., Zinner M.J., Dierks M.M. (2006), "Prospective study of patient safety in the operating room", *Surgery*, Vol. 139, n°2, pp. 159-173

Claveranne J.P., Pascal C., Piovesan D. (2009), « La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins », in Bras P.L., Pouvourville (de) G., Tabuteau D. (dir.), *Traité d'Economie et de Gestion de la Santé*, Editions de Santé - Presses de Sciences Po, Paris, pp.447-454.

Claveranne J.P., Piovesan D. (2003), « La clinique privée, un objet de gestion non identifiée », *Revue française de gestion*, Vol. 5, n°146, pp. 143-153

Claveranne J.P., Vinot D., Fraisse S., Robelet M., Candel D., Dubois D., Marchaudon P. (2003), « Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé », Note de synthèse, *Rapport de recherche ANAES*, 17 p.

Clot Y. (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Editions La Découverte, Paris, 190 p.

Clot Y. (2005), « Le développement du collectif : entre l'individu et l'organisation du travail », in Lorino P., Teulier R. (dir.), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, Ed. La Découverte, Paris, pp. 187-199

Clot Y. (2004), « Travail et sens du travail », in Falzon P. (dir.), *Ergonomie*, Presses Universitaires de France, Paris, pp. 317-334

Clot Y. (2001), « Psychopathologie du travail et clinique de l'activité », *Education permanente*, Vol. 146, pp. 35-49.

Clot Y., Faïta D. (2000), « Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes », *Travailler*, Vol. 4, pp. 7-42

Cohendet P., Jacot J.H., Lorino P. (dir.) (1996), *Cohérence, pertinence et évaluation*, Economica, Paris, 308 p.

Coiera E.W., Jayasuriya R.A., Hardy J., Bannan A., Thorpe M. (2002), "Communication loads on clinical staff in the emergency department", *Medical Journal of Australia*, Vol. 176, pp. 415-418

Conein B., Jacobin E. (1994), « Action située et cognition le savoir en place », *Sociologie du travail*, Vol. 36, n°4, pp. 475-499

Corbin J., Strauss A. (1993), "The Articulation of Work through Interaction", *The sociological Quarterly*, Vol. 34, n°1, pp. 71-83

Corbin J., Strauss A. (1990), "Grounded theory research: procedures, canons, and evaluative criteria", *Qualitative sociology* Vol. 13, n° 1, pp. 3-21

Couty E. (2009), « Les restructurations dans le secteur hospitalier », in Bras P.L., Pouvourville (de) G., Tabuteau D. (dir.), *Traité d'Economie et de Gestion de la Santé*, Editions de Santé - Presses de Sciences Po, Paris, pp. 247-254

Crozier M., Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système*, Editions du seuil, 500 p.

Daniellou F. (2002), « Le travail des prescriptions », *Conférence inaugurale de la SELF « Les évolutions de la prescription*, Aix-en-Provence, pp. 9-16

Daniellou F., Béguin P. (2004), « Méthodologie de l'action ergonomique : approches du travail réel », in Falzon P. (dir.), *Ergonomie*, Presses Universitaires de France, Paris, pp. 335-358

Darses F., Falzon P., Munduteguy C. (2004), « Paradigmes et modèles pour l'analyse cognitive des activités finalisées », in Falzon P. (dir.), *Ergonomie*, Presses universitaires de France, Paris, pp. 191-212

Datchary C. (2008), « Gérer la dispersion : un travail collectif », *Sociologie du travail*, Vol. 50, n°3, pp. 396-416

David A. (2003), « Etude de cas et généralisation scientifique en sciences de gestion », *Revue Sciences de gestion*, Vol. 39, pp. 139-166

David A. (2000), « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion », in David A., Hatchuel A., Laufer R. (dir.), *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Vuibert (Ed), Paris, pp. 83-109

Demeestère R., Lorino P. (2000), « Gestion des risques et processus stratégiques », *Actes du 21^{ème} congrès de l'AFC*, Angers, pp. 1-17

Denis J.L., Valette A. (2000), « Changement de structure de régulation et performance du mandat : examen des enjeux à travers la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation », *Finance Contrôle Stratégie*, Vol. 3, n°2, pp. 57-79

Desnoyers L. (2004), « La prise d'information » in Falzon P. (dir.), *Ergonomie*, Presses Universitaires de France, Paris, pp. 83-98

Detchessahar M. (coord.) (2009), *Les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail : l'enjeu de la parole sur le travail*, Rapport étude SORG pour l'Agence nationale de la recherche, 790 p.

Detchessahar. M. (2003), « L'avènement de l'entreprise communicationnelle ? Outils, problèmes et politique d'accompagnement », *Revue française de gestion*, Vol. 29, n°142, pp. 65-84

Detchessahar M. (1999), « Discussion et domination. Pluralité des modes de coordination des échanges sur le marché de la logistique », *Annales des Mines, Série Gérer et Comprendre*, n°57, pp. 23-34

Detchessahar M. (1998), « L'homologie des trajectoires socioprofessionnelles des acteurs de la coopération interentreprises : un vecteur de confiance et de stabilité », *Finance Contrôle Stratégie*, Vol. 1, n°1, pp. 49-70

Detchessahar M. (1997), *Éléments pour une théorie de l'espace de discussion en situation de gestion. Réflexion à partir du cas des entreprises de transport routier de marchandises (1980-1995)*, Thèse de doctorat de l'Université de Rennes 1, 491 p.

Detchessahar M., Grevin A. (2009), « Une organisation de santé... malade de gestion », *Annales des Mines, Série Gérer et comprendre*, n°98, pp. 27-37

Dewey J. (1993), *Logique. La théorie de l'enquête*, traduit de *Logic: The Theory of Enquiry* (1938), Presses Universitaires de France, Paris, 693 p.

Dodier N. (1993), « Les appuis conventionnels de l'action. Éléments de pragmatique sociologique », *Réseaux*, Vol. 11, n°62, pp. 63-85.

Duhamel G., Minvielle E. (2009), « Evaluer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé », in Bras P.L., Pouvourville (de) G., Tabuteau D. (dir.), *Traité d'Economie et de Gestion de la Santé*, Editions de Santé - Presses de Sciences Po, Paris, pp. 307-314

Dumont J.P. (2003), « Les conflits de pouvoir à l'hôpital », *Les Tribunes de la santé*, Vol. 1, n°1, pp. 71-81

Durand T. (2005), « Apprentissage interindividuel et compétence organisationnelle » in Lorino P., Teulier R. (dir.), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, Ed. La Découverte, Paris, pp. 200-219

Engel F., Moisdon J.C., Tonneau D. (1990), « Contrainte affichée ou contrainte réelle ? Analyse de la régulation du système hospitalier public français », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 8, n°2, pp. 11-32

Engeström Y. (2008a), « Quand le centre se dérobe : la notion de *knotworking* et ses promesses », *Sociologie du travail*, Vol. 50, n°3, pp. 303-330

Engeström Y. (2008b), "Enriching activity theory without shortcuts", *Interacting with computers*, Vol. 20, pp. 256-259

Engeström Y. (2006), "Activity theory and expansive design", in Bagnara S., Smith G.C. (dir.), *Theories and practice in interaction design*, Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, pp. 3-23

Engeström Y. (2001), "Expansive Learning at Work: toward an activity theoretical reconceptualization", *Journal of Education and Work*, Vol. 14, n°1, pp. 133-156

Engeström Y. (2000), "Activity theory as a framework for analyzing and redesigning work", *Ergonomics*, Vol. 43, n°7, pp. 960-974

Engeström Y. (1987), *Learning by Expanding: An Activity-Theoretical Approach to Developmental Research*, Orienta-Konsultit, 368 p.

Estryn-Béhar M., Chaumon E., Garcia F., Milanini-Magny G., Bitot T., Ravache A.E., Deslandes H. (2011), « Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie », *Activités*, Vol. 8, n°1, pp. 77-96

Estryn-Béhar M., Milanini G. (2008), « La conception des postes de soins. Qualité, efficacité... », *Gestions hospitalières*, n°338, pp. 563-569

Estryn-Béhar M., Milanini G., Scialom V., Rebouché A., Thibault M.T., Brunelli C., Guillotin S., Dominguez S., Demangeot N. (2002), « Etude ergonomique participative préalable au réaménagement d'un laboratoire », *Gestions hospitalières*, n°418, pp. 551-559

Falzon P. (dir.) (2004), *Ergonomie*, Presses Universitaires de France, Paris, 680 p.

Falzon P. (2004), « Nature, objectifs et connaissances de l'ergonomie. Eléments d'une analyse cognitive de la pratique » in Falzon P. (dir.), *Ergonomie*, Presses Universitaires de France, Paris, pp. 17-36

Falzon P. (1989), *Ergonomie cognitive du dialogue*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble, 175 p.

Fayol H. (1999), *Administration industrielle et générale*, Dunod, Paris, 133 p.

Folcher V., Rabardel P. (2004), « Hommes, artefacts, activités : perspective instrumentale » in Falzon P. (dir.), *Ergonomie*, Presses Universitaires de France, Paris, pp. 251-268

Fornel (de) M. (1999) « Indexicalité, dépendance contextuelle et situations », in de Fornel M. et Quéré (dir.), *La logique des situations. Nouveaux regards sur l'écologie des activités sociales*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, pp. 119-128

Fornel (de) M., Quéré L. (dir.) (1999), *La logique des situations. Nouveaux regards sur l'écologie des activités sociales*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 358 p.

Fraisse S., Robelet M. et Vinot D. (2003), « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion*, n° 146, pp. 155-166

Friedberg E. (1992), « Les quatre dimensions de l'action organisée », *Revue française de sociologie*, Vol. 33, n°4, pp. 531-557

Fujimura J.H. (1987), "Constructing 'Do-able' Problems in Cancer Research: Articulating Alignment", *Social studies of Science*, Vol. 17, n°2, pp. 257-293

Garreta G. (1999), « Situation et objectivité. Activité et émergence des objets dans le pragmatisme de Dewey et Mead » in de Fornel M. et Quéré (dir.), *La logique des situations. Nouveaux regards sur l'écologie des activités sociales*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, pp. 35-68

Genelot D. (2001), *Manager dans la complexité: réflexions à l'usage des dirigeants*, Insep (Ed), Paris, 357 p.

Gentil S. (2012), « Industrialisation des soins et gestion de l'aléa : le « travail d'articulation » au bloc opératoire, déterminants et obstacles », *Annale des mines, Série Gérer et Comprendre*, n°109, pp. 34-43

Giordano Y. (dir.) (2003), *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative*, EMS (Ed), 318 p.

Giordano Y., Jolibert A. (2008), « Spécifier l'objet de la recherche », in Gavard-Perret M.L. et al. (dir.), *Méthodologie de la recherche. Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Pearson Education, Paris, pp. 47- 86

Girin J. (2001), « La théorie des organisations et la question du langage, in Borzeix A., Fraenkel B. (dir.), *Langage et travail*, CNRS Ed., Paris, pp. 167-185

Girin J. (1995), « Les agencements organisationnels », in Charue-Dubroc F. (Dir), *Des Savoirs en Action*, L'Harmattan, Paris, pp. 233- 279

Girin J. (1990a), « L'analyse empirique des situations de gestion : Eléments de théorie et de méthode », in Martinet et al. (dir.), *Epistémologie et sciences de gestion*, Economica, Paris, pp. 141-182

Girin J. (1990b), « Problème du langage dans les organisations », in Chanlat J.F. et al., (dir.) *L'individu dans les organisations : les dimensions oubliées*, Presses universitaires de Laval (Québec), pp. 37-77

Girin J. (1989), « L'opportunisme méthodique dans les recherches sur la gestion des organisations », *Communication à la journée d'étude la recherche-action en action et en question*, AFCET, Collège de systémique, Ecole Centrale de Paris, pp. 1-7

Girin J. (1983a), « Les situations de gestion », in Berry M. (dir.), *Le rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexes*, Rapport pour le Ministère de la recherche et de la technologie, pp. 1-5

Girin J. (1983b), « Les machines de gestion », in Berry M. (dir.), *Le rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexes*, rapport pour le Ministère de la recherche et de la technologie, pp. 1-3

Girin J., Grosjean M. (1996), *La transgression des règles au travail*, L'Harmattan, Paris, 141 p.

Giroux N. (2003), « L'étude de cas », in Giordano Y. (dir), *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative*, EMS (Ed), pp. 42-84

Glaser B., Strauss A. (1967), *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, Hawthorne, Aldine, 271 p.

Glouberman S., Mintzberg H. (2001), "Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part I: Differentiation", *Health Care Management Review*, Vol. 26, n°1, pp. 56-69

Goffman E. (1991), *Les cadres de l'expérience*, Les éditions de minuit, Paris, 573 p.

Goffman E. (1988), *Les moments et leurs hommes*, Textes recueillis et présentés par Winkin Y., Editions Seuil/Minuit, Paris, 253 p.

Goodwin C., Goodwin M.H. (1996), "Seeing as a Situated Activity: Formulating Planes", in Engeström Y., Middleton D. (dir.), *Cognition and Communication at Work*, Cambridge University Press, pp. 61-95

Goody J. (1994), *Entre l'oralité et l'écriture*, Presses Universitaire de France, Paris, 323 p.

Goody J. (1979), *La raison graphique. La domestication de la pensée sauvage*, Les éditions de minuit, Paris, 275 p.

Granjou C. et Mauz I. (2009), « Quand l'identité de l'objet-frontière se construit chemin faisant. Le cas de l'estimation de l'effectif de la population de loups en France », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 3, n° 1, pp. 29-49.

Grevin A. (2011), *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Étude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de « gestionniste »*, Thèse de doctorat de l'Université de Nantes, 517 p.

Grimaldi A. (2008), « L'arnaque de la T2A ! », *Revue Médecine (éditorial)*, Vol. 4, n°9, pp. 388-390

Grisson B. (2004), « Des Sciences Sociales à l'Anthropologie Cognitive. Les généalogies de la Cognition située », *Activités*, Vol. 1, n°2, pp. 26-34

Groleau C. (2003), « L'observation », in Giordano Y. (dir), *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative*, EMS (Ed), pp. 212-244

Gronier G., Valoggia P. (2009), « Proposition d'analyse des activités collectives : un outil d'aide à la décision pour les organisations », *Actes de la SELF « Ergonomie et organisation du travail »*, Toulouse, pp. 305-312

Grosjean M., Lacoste M. (1999), *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, PUF, Paris, 225 p.

Grusenmeyer C. (2000), « Gestion de l'information et fiabilité/sécurité. Le cas des interactions maintenance-exploitation lors d'un arrêt programmé sur une chaufferie nucléaire », *Actes de la SELF « Communication et travail »*, Toulouse, pp. 497-506

Habermas J. (1987), *Théorie de l'agir communicationnel*, Tome 1 et 2, Fayard, Paris, 448 p.

Halgand N. (2009), « Comptabilité hospitalière », in Colasse B. (dir.), *Encyclopédie Comptabilité, Contrôle de Gestion et Audit*, Editions Economica, Paris, pp. 425-437.

Halgand N. (2003), « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement », *Revue française de gestion*, n° 147, pp. 219-231.

Hatchuel A. (2005), "Toward an epistemology of collective action: management research as a responsive and actionable discipline", *European Management Review*, Vol. 2, pp. 36-47

Hatchuel A., Weil B. (1992), *L'expert et le système. Gestion des savoirs et métamorphose des acteurs dans l'entreprise industrielle*, Economica, Paris, 263 p.

Heath C., Luff P. (1994), « Activité distribuée et organisation de l'interaction », *Sociologie du travail*, Vol. 36, n° 4, pp. 523-545

Heddad N., Lautier F. (2000), « Communication et conduite de projet en hôpital : le double enjeu », *Actes de la SELF « Communication et travail »*, Toulouse, pp. 234-242

Henry C. (1998), « La communication interactive : vers une recherche stratégique », *Actes de la SELF « Recherche et ergonomie »*, Toulouse, pp. 49-60.

Herreros G., Milly B. (2006), « Les voies de la qualité à l'hôpital : entre procédures et coopération », *Rapport final Convention HAS*, 116 p.

Hoc J. M., Rogalsky J. (1992), « Régulation des activités cognitives et gestion du risque par l'opérateur humain », in Terssac (de) G., Dubois P. (dir.), *Les nouvelles rationalisations de la production*, Cépaduès-Editions, Toulouse, pp. 147-168

Hood C. (1991), "A public management for all seasons?", *Public Administration*, Vol. 69, pp. 3-19

Hughes E. (1996), *Le regard sociologique : essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 344 p.

Hutchins E. (1995), *Cognition in the wild*, MIT Press, 381 p.

Hutchins E. (1994), « Comment le « cockpit » se souvient de ses vitesses », *Sociologie du travail*, Vol. 36, n° 4, pp. 451-473

- Imbert J. (1974), *Les hôpitaux en France*, PUF, collection Que sais-je ?, Paris, 126 p.
- Jolivet A. (2011), *La certification à l'épreuve de la communication : figures de la qualité et travail du sens. Le cas d'un établissement de santé*, Thèse de doctorat de l'Université de Toulouse, 546 p.
- Journé B. (2008), « Collecter les données par l'observation », in Gavard-Perret M.L. et al. (dir.), *Méthodologie de la recherche. Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Pearson Education, Paris, pp. 139-176
- Journé B. (2005), « Etudier le management de l'imprévu : méthode dynamique d'observation in situ », *Finance, Contrôle, Stratégie*, Vol. 4, pp. 63-91
- Journé B. (1999), *Les organisations complexes à risques : gérer la sûreté par les ressources. Etude de situations de conduite de centrales nucléaires*, Thèse de doctorat de l'école polytechnique, 435 p.
- Journé B., Raulet-Croset N. (2008), « Le concept de situation : contribution à l'analyse de l'activité managériale en contextes d'ambiguïté et d'incertitude », *M@n@gement*, Vol. 11, pp. 27-55.
- Journé B., Raulet-Croset N. (2004), « Le concept de « situation » dans les sciences du Management : Analyser l'indétermination, l'incertitude, l'ambiguïté et l'imprévu dans l'organisation », *Communication au congrès de l'AIMS*, Le Havre, pp. 1-31
- Karsenty L., Le Quellec J. (2009), « Sur le rôle de la confiance et des affinités interpersonnelles dans les communications de travail : illustration sur une situation de relève de poste en contexte industriel », *Actes de la SELF « Ergonomie et organisation du travail*, Toulouse, pp. 491-499
- Kaufman J.C. (2007), *L'entretien compréhensif*, Armand Colin, Paris, 127 p.
- Kervasdoué (de) J. (2004), *L'hôpital*, PUF, collection Que sais-je ?, Paris, 126 p.
- Kervasdoué (de) J., Kimberly J., Rodwin V. (1981), *La santé rationnée ? La fin d'un mirage*, Editions Economica, Paris, 240 p.
- Kimberly J. R., Minvielle E. (dir.) (2000), *The Quality Imperative. Measurement and Management of quality in Healthcare*, Imperial College Press, 214 p.

Koenig G. (2003), « L'organisation dans une perspective interactionniste », in Vidaillet B. (dir.), *Le sens de l'action. Karl E. Weick : Sociopsychologie de l'organisation*, Vuibert, Paris, pp. 12-34

Kostulski K. (2000), « Communication et accomplissement collectif de l'activité : une perspective conversationnelle appliquée aux transmissions dans les équipes de soin à l'hôpital », *Actes de la SELF « Communication et Travail »*, Toulouse, pp. 417-427

Lacoste M. (2001), « Peut-on travailler sans communiquer ? », in Borzeix A., Fraenkel B. (dir.), *Langage et travail. Communication, cognition, action*, CNRS Ed., Paris, pp. 21-53

Lapointe P.A., Chayer M., Malo F.B., Rivard L. (2000), « La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier », *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 13, n°2, pp. 164-180

Latiers M., Jacques J.M. (2007), « Le travail d'articulation à distance en situation d'urgence : Perspective située », *Actes de la XVIème conférence de l'AIMS*, Montréal, pp. 1-30

Lavigne C. (2009), « Les établissements de santé », in Bras P.L., Pouvoirville (de) G., Tabuteau D. (dir.), *Traité d'Economie et de Gestion de la Santé*, Editions de Santé - Presses de Sciences Po, Paris, pp. 435-445

Le Coze J.C. (2009), « Regard sur la résilience : entre description, évaluation et ingénierie », *Actes de la SELF « Ergonomie et organisation du travail »*, Toulouse, pp. 119-126

Lenay O. (2001), *Régulation, planification et organisation du système hospitalier. La place des outils de gestion dans la conception des politiques publiques*, Thèse de doctorat, Ecole des Mines de Paris, 478 p.

Lenay O., Moisdon J.C. (2003), « Du système d'information médicalisé à la tarification à l'activité, trajectoire d'un instrument de gestion d'un système hospitalier », *Revue Française de Gestion*, n° 146, pp. 131-141

Lenay O., Moisdon J.C. (2000), « Croître à l'abri de la gestion ? Le cas du système hospitalier public français », *Cahier de recherche - Ecole des Mines de Paris*, Centre de Gestion Scientifique, n°17, pp. 1-40

- Leonard M., Graham S., Bonacum D. (2004), "The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care", *Quality and Safety in Health Care (Qshc)*, Vol.13, pp. 85-90
- Leplat J. (2000), « La gestion des communications par le contexte », *Actes de la SELF « Communication et travail »*, Toulouse, pp. 36-43
- Leplat J. (1997), *Regards sur l'activité en situation de travail. Contribution à la psychologie ergonomique*, Presses Universitaires de France, Paris, 263 p.
- Licoppe C. (2008a), « Dans le « carré de l'activité » : perspectives internationales sur le travail et l'activité », *Sociologie du travail*, Vol. 50, n° 3, pp. 287-302
- Licoppe C. (2008b), « Aux limites du paradigme de la distribution : l'écoute des appels de détresse et le traitement de la souffrance des suicidaires, du téléphone à l'e-mail », *Sociologie du travail*, Vol. 50, n° 3, pp. 417-433
- Lingard L., Espin S., Rubin B., Whyte S., Colme nares M., Baker G.R., Doran D., Grober E., Orser B., Bohnen J., Reznick R. (2005), "Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR", *Quality and Safety in Health Care (Qshc)*, Vol. 14, pp. 340-346
- Lingard L., Espin S., Whyte S., Regehr G., Baker G.R., Reznick R., Bohnen J., Orser B., Doran D., Grober E. (2004), "Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects", *Quality and Safety in Health Care (Qshc)*, Vol. 13, pp. 330-334
- Lingard L., Regehr G., Orser B., Reznick R., Baker G.R., Doran D., Espin S., Bohnen J., Whyte S. (2008), "Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses, and Anesthesiologists to Reduce Failures in Communication", *Archives of Surgery*, Vol. 143, n° 1, pp. 12-17
- Lorino P. (2009), « Concevoir l'activité collective conjointe : l'enquête dialogique. Etude de cas sur la sécurité dans l'industrie du bâtiment », *Activités*, Vol. 6, n° 1, pp. 87-110
- Lorino P. (2006), « Recherche sur les organisations et théorie de l'activité collective : les échos de la pensée de Jacques Girin dans la recherche sur les processus en gestion », *Colloque Jacques Girin CRG Ecole Polytechnique*, pp. 1-18

- Lorino P. (2005), « Démarche pragmatiste et mise en processus dans les situations de gestion », in Lorino P., Teulier R. (dir.), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, Ed. La Découverte, Paris, pp. 212-229
- Lorino P. (2005), « Un débat sur l'improvisation collective en jazz animé par André Villéger » in Lorino P., Teulier R. (dir.), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, Ed. La Découverte, Paris, pp. 230-233
- Lorino P. (2002), « Vers une théorie pragmatique et sémiotique des instruments de gestion », *Séminaire Herbert Simon*, Lyon, repris dans « Vers une théorie pragmatique sémiotique des outils appliqués aux instruments de gestion », *Document de recherche ESSEC*, n°02015, pp. 2-34
- Lorino P. (1997), « Les deux fonctions du pilotage de l'entreprise : coordination et équilibration » in Guilhon B., Huard P., Orillard M., Zimmermann J.B (dir.), *Economie de la connaissance et organisation*, L'Harmattan, pp. 111-131
- Lorino P. (1996), « Cohérence, pertinence et interactions : la traduction organisationnelle d'une cognition répartie », in Cohendet P., Jacot J.H., Lorino P. (dir.), *Cohérence, pertinence et évaluation*, Economica, Paris, pp. 87-92
- Lorino P., Teulier R. (dir.) (2005), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, Ed. La Découverte, Paris, 323 p.
- Loriot M. (2004), « Accréditation, protocolisation et évolutions du travail soignant », *Actes du congrès de l'AISLF*, Tours, pp. 1-6
- March J.G. (1988), *Décisions et organisations*, Les éditions d'organisation, Paris, 275 p.
- Martin C., Gadbois C. (2004), « L'ergonomie à l'hôpital » in Falzon P. (dir.), *Ergonomie*, Presses universitaires de France, Paris, pp. 602-620
- Mérin S. (2000), « Les aspects collectifs de l'ordonnancement dans une industrie pharmaceutique : de l'organisation formelle à l'activité de travail », *Actes de la SELF « Communication et travail »*, Toulouse, pp. 428-438
- Michaux M., Rowe F. (2004), « Complémentarité entre système d'information informatisé, communauté de pratiques et vigilance dans la haute fiabilité : le cas d'une compagnie d'assurance », *Systèmes d'information et de management*, Vol. 9, n°1, pp. 49-79

Milanini G., Estryn-Béhar, M., Scialom V., Rebouché A., Fiette H., Artigou A., Richer F., Pellot B., Caldray I., Uvalle F. (2002), « Propositions de réaménagement d'un laboratoire issues d'une étude ergonomique participative », *Gestions hospitalières*, n° 418, pp. 560-567

Miles M.B., Huberman A.M. (2003), *Analyse des données qualitatives*, Ed. De Boeck Université, Bruxelles, 626 p.

Mintzberg H. (1982), *Structure et Dynamique des organisations*, Éditions d'Organisation, Paris, 434 p.

Mintzberg H., Glouberman S. (2001), "Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part II: Integration", *Health Care Management Review*, Vol. 26, n° 1, pp. 72-86

Minvielle E. (2009), « Management en santé : recherches actuelles et enjeux de demain », in Bras P.L., Pouvourville (de) G., Tabuteau D. (dir.), *Traité d'Economie et de Gestion de la Santé*, Editions de Santé - Presses de Sciences Po, Paris, pp. 35-42

Minvielle E. (2003), « De l'usage de concepts gestionnaires dans le champs de la santé. Le cas de la qualité hospitalière », *Revue Française de gestion*, n° 146, pp. 167-189

Minvielle E. (2000), « Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, Vol. 7, n° 1, pp. 8-22

Minvielle E. (1996), *Gérer la singularité à grande échelle - Comment maîtriser les trajectoires des patients à l'hôpital ?*, Thèse de doctorat de l'école polytechnique, 411 p.

Minvielle E., Kimberly J.R. (2000), "The Quality Imperative: Lessons and Potential", in Kimberly J. R., Minvielle E. (dir.), *The Quality Imperative. Measurement and Management of quality in Healthcare*, Imperial College Press, 214 p.

Moisdon J.C. (2008), « Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant ? », *Pratiques et Organisations des Soins*, Vol. 39, n° 3, pp. 175-181

Moisdon J.-C. (2005), « Comment apprend-on par les outils de gestion ? Retour sur une doctrine d'usage » in Lorino P., Teulier R. (dir.), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, Ed. La Découverte, Paris, pp. 239-250

Moisdon J.C. (2000), « Quelle est la valeur de ton point ISA Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français », *Sociologie du travail*, n° 42, pp. 31-49

Moisdon J.C. (1997), *Du mode d'existence des outils de gestion. Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, Seli Arslan SA (Ed.), Paris, 286 p.

Moisdon J.C., Pépin M. (2010), « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé », *Document de travail Série Etudes et Recherches*, DREES, n° 97, mai, 120 p.

Molinier P. (2010), « L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ? Logique de gestion ou logique de care », in Clot Y., Lhuillier D. (dir.), *Agir en clinique du travail*, érès « Clinique du travail », Toulouse, pp. 157-167

Nizet J., Pichault F. (2012), *La coordination du travail dans les organisations*, Dunod, Paris, 126 p.

Nizet J., Pichault F. (2011), « L'interprétation des standards en situation extrême : le pouvoir fait-il la différence ? », *Management et avenir*, Vol. 1, n°41, pp. 395-416

Nizet J., Pichault F. (1995), *Comprendre les organisations - Mintzberg à l'épreuve des faits*, Gaëtan Morin éditeur, Paris, 315 p.

Nobre T., Merdinger-Rumpler C. (2002), « Quelle métamorphose pour l'hôpital ? », *Actes du 2^{ème} colloque « La métamorphose des organisations »*, Vittel, pp. 1-17

Ogien A. (1999), « Emergence et contrainte. Situation et expérience chez Dewey et Goffman », in de Fornel M. et Quéré (dir.), *La logique des situations. Nouveaux regards sur l'écologie des activités sociales*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, pp. 69-93

Pascal C. (2003), « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, n°146, pp. 191-204

Pascal C. (2000), « Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble », *Adsp*, n°33, pp. 51-53

Peneff J. (2009), *Le goût de l'observation. Comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales*, Editions La découverte, Paris, 254 p.

Peneff J. (1992), *L'Hôpital en urgence*, Métailié, Paris, 258 p.

Peters S., Faulx D., Hansez I. (2010), « Le rôle des objets-frontière dans le découpage temporel et social d'une innovation de service. Étude de cas d'un transfert de technologie depuis un laboratoire universitaire de sciences sociales », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol 4, n° 1, pp. 65-86.

Piovesan D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphose ?*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Université Jean Moulin - Lyon 3, 516 p.

Pouvourville G. (2009), « Le financement des hôpitaux », in Bras P.L., Pouvourville (de) G., Tabuteau D. (dir.), *Traité d'Economie et de Gestion de la Santé*, Editions de Santé - Presses de Sciences Po, Paris, pp. 269-274

Quéré L. (1997), « La situation toujours négligée ? », *Réseaux*, Vol. 15, n°85, pp. 163-192

Rabardel P. (2005), « Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir », in Lorino P., Teulier R. (dir.), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, Ed. La Découverte, Paris, pp. 251-265

Rabardel P. (1995), *Les hommes et les technologies. Approche cognitive des instruments contemporains*, Armand Colin, Paris, 239 p.

Raveyre M., Ughetto P. (2006), « "On est toujours dans l'urgence" : surcroît ou défaut d'organisation dans le sentiment d'intensification du travail ? », in Askenazy P. et al. (dir.), *Organisation et intensité du travail*, Octarès, Toulouse, pp. 121-128.

Raveyre M., Ughetto P. (2003), « Le travail, part oublié des restructurations hospitalières », *Revue Française des Affaires Sociales*, Vol. 3, pp. 97-119

Relieu M., Salembier P., Theureau J. (2004), « Activités et action/cognition située - Introduction », *Activités*, Vol. 1, n°2, pp. 3-8

Reverdy T., Vinck D. (2003), « La démarche qualité à l'hôpital, une rationalisation négociée de l'organisation », *Actes de la journée d'étude du Grepsyt*, Grenoble, pp. 1-17

Reynaud J.D. (1997), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Armand Colin, Paris, 348 p.

Reynaud J.D. (1988), « Les régulation dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*, vol. XXIX, pp.5-18

Rogalski J. (2004), La didactique professionnelle : une alternative aux approches de « cognition située » et « cognitiviste » en psychologie des acquisitions », *Activités*, Vol. 1, n°2, pp. 103-118

Roux-Dufort C. (2003), « La construction d'une théorie de la fiabilité organisationnelle », in Vidaillet B. (dir.), *Le sens de l'action. Karl E. Weick : Sociopsychologie de l'organisation*, Vuibert, Paris, pp. 139-157

Sardas J.C., Dalmasso C., Lefebvre P. (2011), « Les enjeux psychosociaux de la santé au travail. Des modèles d'analyse à l'action sur l'organisation », *Revue française de gestion*, Vol. 5, n°14, pp. 69-88

Sardas J.C. (2004), « Dynamiques identitaires et transformations organisationnelles », in Poltier H., Guénette A.M., Henchoz A.M. (dir.), *Travail et fragilisation*, Payot (Ed.), Lausanne, pp. 137-158

Samuel S., Dirsmith M.W., McElroy B. (2005), "Monetized medicine: from the physical to the fiscal", *Accounting Organizations and Society*, n°30, pp. 249-278

Schmitt C. et al. (2011), « Situation de gestion, proximité cognitive et changement dans les organisations », *Revue française de gestion*, Vol. 4, n°213, pp. 157-169

Star S. L. (2010), « Ceci n'est pas un objet frontière ! Réflexions sur l'origine d'un concept », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 4, n°1, pp. 18-35

Star S. L., Ruhleder K. (2010), « Vers une écologie de l'infrastructure. Conception et accès aux grands espaces d'information », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 4, n°1, pp. 114-161

Star S.L., Griesemer J. R. (1989), "Institutional Ecology, "Translations" and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology", *Social Studies of Science*, Vol. 19, pp. 387-420.

Star S.L., Strauss A. (1999), "Layers of Silence, Arenas of Voice: The Ecology of Visible and Invisible work", *Computer Supported Cooperative Work*, Vol. 8, pp. 9-30

Strauss A. (1992a), *La trame de la négociation*, textes réunis par Isabelle Baszanger, L'Harmattan, Paris, 319 p.

Strauss A. (1992b), *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Editions Métailié, Paris, 194 p.

- Strum S., Latour B. (2006), « Redéfinir le lien social : des babouins aux humains », in Akrich M., Callon M., Latour B. (dir.), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Mines Paris Les Presses, pp. 71-86
- Suchman L. (1996), "Supporting articulation work", in Kling R. (dir.), *Computerization and Controversy: Value Conflicts and Social Choices*, Academic press, pp. 407-423
- Suchman L. (1995), "Making work visible", *Communication of the ACM*, Vol. 38, n°9, pp. 56-64
- Suchman L. (1987), *Plans and situated actions. The problem of human-machine communication*, Cambridge University Press, 220 p.
- Terressac (de) G. (2003), « 7. Travail d'organisation et travail de régulation », in De Terressac G. (dir.), *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud*, La découverte « Recherches », Paris, pp. 121-134
- Terressac (de) G., Dubois P. (dir.) (1992), *Les nouvelles rationalisations de la production*, Cépaduès-Editions, Toulouse, 290 p.
- Terressac (de) G., Dubois P. (1992), « Introduction - Les rationalisations : quels choix pour quelles conséquences ? », in De Terressac, G., Dubois P. (dir.), *Les nouvelles rationalisations de la production*, Cépaduès-Editions, Toulouse, pp. XVII-XXXIII
- Terressac (de) G., Lalande K. (2002), *Du train à vapeur au TGV : sociologie du travail d'organisation*, Presses Universitaires de France, Paris, 228 p.
- Terressac (de) G., Reynaud J.D. (1992), « L'organisation du travail et les régulations sociales », in De Terressac, G., Dubois P. (dir.), *Les nouvelles rationalisations de la production*, Cépaduès-Editions, Toulouse, pp. 169-185
- Teulier R. (2005), « Assister l'activité et l'organisation à travers des systèmes à base de connaissances », in Lorino P. et Teulier R. (dir.), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, Ed. La Découverte, Paris, pp. 266-284
- Theureau J. (2005), « Le programme de recherche « cours d'action » et l'étude de l'activité, des connaissances et de l'organisation » in Lorino P. et Teulier R. (dir.), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, Ed. La Découverte, Paris, pp. 115-132
- Theureau J. (2004), « L'hypothèse de la cognition (ou action) située et la tradition d'analyse du travail de l'ergonomie de langue française », *Activités*, Vol. 1, n°2, pp. 11-24

Tillement S. (2011), *La sécurité en action dans les projets de modernisation d'installations ferroviaires. Etude du rôle des dynamiques intra et inter - groupes professionnels dans la maîtrise des risques*, Thèse de doctorat de l'Université de Grenoble, 551 p.

Tonneau D. (2000), "Quality Management in French Hospitals: From Implicit Concern to Radical Changes", in Kimberly J. R., Minvielle E. (dir.), *The Quality Imperative. Measurement and Management of quality in Healthcare*, Imperial College Press, 214 p.

Tonneau D. (1998), « Organisation, logiques professionnelles et instruments de gestion », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, Vol. 5, n°1, pp. 62-75

Tonneau D., Lucas A. (2006), « Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques », *MEAH Rapport final du chantier pilote*, 57 p.

Trompette P., Vinck D. (2010), « Retour sur la notion d'objet-frontière (2). Fécondité de la notion dans l'analyse écologique des objets innovants », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 4, n°1, pp. 11-15

Trompette P., Vinck D. (2009), « Retour sur la notion d'objet-frontière », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 3, n°1, pp. 5-27

Ughetto P. (2007), *Faire face aux exigences du travail contemporain*, ANACT, 157 p.

Valléry G. (2004), « Relations de service et approche ergonomique : saisir le caractère dynamique et situé de l'activité au travers de l'analyse des interactions « agent-client » », *Activités*, Vol. 1, n°2, pp. 121-145

Veltz P., Zarifian P. (1993), « Vers de nouveaux modèles de l'organisation ? », *Sociologie du travail*, Vol. 1, pp. 3-25

Velt P., Zarifian P. (1992), « Modèle systémique et flexibilité », in Terssac (de) G., Dubois P. (dir.), *Les nouvelles rationalisations de la production*, Cepaduès-Editions, Toulouse, pp. 43-61

Vernant D. (2005), « Le paradigme actionnel en philosophie du langage », in Lorino P., Teulier R. (dir.), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, Ed. La Découverte, Paris, pp. 25-53

Vidaillet B. (dir.) (2003), *Le sens de l'action. Karl E. Weick : sociopsychologie de l'organisation*, Vuibert, Paris, 185 p.

Vinck D. (2009), « De l'objet intermédiaire à l'objet frontière. Vers la prise en compte du travail d'équipement », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 3, n°1, pp. 51-72

Vinck D. (1999), « Les objets intermédiaires dans les réseaux de coopération scientifique. Contribution à la prise en compte des objets dans les dynamiques sociales », *Revue française de sociologie* », Vol. 40, n°2, pp. 385-414

Voirol. O. (2001), « Communication et domination dans le travail. Considérations à partir du cas d'une entreprise industrielle en Suisse », in Terrier. J., Poltier. H. (dir.), *Vers de nouvelles dominations dans le travail*, Payot, Lausanne, pp. 75-89

Wacheux F. (1996), *Méthodes Qualitatives et Recherche en Gestion*, Ed. Economica, Paris, 290 p.

Watkins A.L., Arrington C.E. (2007), "Accounting, New Public Management and American Politics: Theoretical Insights into the National Performance Review", *Critical Perspectives on Accounting*, Vol. 18, pp. 33-58

Weick K. (2003), « L'effondrement du sens dans les organisations. L'accident de Mann Gulch », in Vidaillet B. (dir.), *Le sens de l'action. Karl E. Weick : Sociopsychologie de l'organisation*, Vuibert, Paris, pp. 59-86

Weick K. (1995), *Sensemaking in Organizations*, Sage Publications, Foundations for Organizational Science, Thousand Oaks, CA, 229 p.

Weick K. (1979), *The social Psychology of Organizing*, 2nd edition, Library of Congress Cataloging in Publication Data, New-York, 294 p.

Weick K., Robert K. (1993), "Collective Mind in Organizations: Heedful Interrelating on Flight Decks", *Administrative Science Quarterly*, n°38, pp. 357-381

Weick K., Sutcliffe K. (2007), *Managing the Unexpected, Resilient Performance in an Age of Uncertainty*, Jossey-Bass, 208 p.

Weick K.E., Sutcliffe K., Obstfeld D. (2005), "Organizing and the Process of Sensemaking", *Organization Science*, Vol. 16, n°4, pp. 409-421

Wildavsky A. (1988), *Searching for safety*, Transaction Books, New Brunswick, 253 p.

Yin R.K. (1994), *Case study Research. Design and Méthods*, Sage Production Editor, Thousand Oaks, 170 p.

Yvon F., Clot Y. (2001), « Le travail en moins. Une approche psychologique de l'activité », *Cités*, Vol. 4, n°8, pp. 63-73

Zarifian P. (1996), « Emergence de l'organisation par processus : à la recherche d'une difficile cohérence », in Cohendet P., Jacot J-H., Lorino P. (dir.), *Cohérence, Pertinence et Evaluation*, Economica, Paris, 308 p.

Zarifian P. (1995), *Le travail et l'événement*, L'Harmattan, Paris, 294 p.

Documents et rapports

DREES (2011), « Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité », *Etudes et résultats*, n°761, pp. 1-8

DREES (2010), « Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004 », *Dossiers solidarité et santé*, n°17, pp. 1-18

HAS (2009), *Manuel de certification des établissements de santé V 2010*, Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins, 100 p.

Ministère de la Santé et des Solidarités (2006), « Nouvelles organisations et architectures hospitalières », *Ensemble modernisons l'hôpital*, 244 p.

ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE N° 1 - TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	460
ANNEXE N° 2 - TABLE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES UTILISÉS	466
ANNEXE N° 3 - PROPOSITION DE RECHERCHE	468
ANNEXE N° 4 - LES GRILLES D'OBSERVATIONS.....	470
ANNEXE N° 5 - CODAGE DES DONNÉES : PRÉSENTATION DES SOUS-CATÉGORIES.....	477
ANNEXE N° 6 - UN EXEMPLE DE CODAGE A PARTIR D'UN EXTRAIT D'OBSERVATION AU BLOC ORTHOPÉDIE	485
ANNEXE N° 7 - LES « <i>ÉCRITURES INTERMÉDIAIRES</i> » : EXEMPLES DE FICHES D'ANALYSE ET DE SYNTHÈSE RÉALISÉES	488
ANNEXE N° 8 - LISTE DES DOCUMENTS RECUEILLIS ET ANALYSÉS DANS LE CADRE DE LA THÈSE	510
ANNEXE N° 9 - FEUILLE DE SURVEILLANCE PRÉ ET POST-INTERVENTIONNELLE.....	512
ANNEXE N° 10 - FICHE DE LIAISON BLOC-STÉRILISATION.....	514
ANNEXE N° 11 - FEUILLE D'ÉCOLOGIE PAPIER (TRAÇABILITÉ DES ACTES)	516
ANNEXE N° 12 - CHECK-LIST SECURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE.....	520
ANNEXE N° 13 - FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION AUPRÈS DE LA MAINTENANCE ..	521

Annexe n° 1 - Table des illustrations**Tableaux**

Tableau n°1 - Comparaison entre les établissements publics et privés sur l'activité chirurgicale.....	16
Tableau n°2 - Sommaire du manuel de certification (V2010).....	25
Tableau n°3 - Les grands principes du NPM.....	29
Tableau n°4 - Caractéristiques de la bureaucratie professionnelle.....	40
Tableau n°5 - Les différents types d'études de cas selon Yin (1994)	131
Tableau n°6 - Le dispositif d'observation mis en œuvre dans la thèse.....	142
Tableau n°7 - Synthèse des entretiens réalisés dans la thèse	151
Tableau n°8 - La grille d'analyse utilisée pour coder les données	159
Tableau n°9 - Principales différences observées entre les deux blocs opératoires étudiés..	192
Tableau n°10 - Synthèse des concepts développés dans la thèse	416

Figures

Figure n°1- Evolution de la logique de financement avant/après le passage à la T2A	22
Figure n°2 - Les différents mondes d'action au sein des établissements de santé et les coalitions d'intérêts.....	37
Figure n°3 - Le « carré de l'activité ».....	73
Figure n°4 - Le système d'activité	79
Figure n°5 - La situation de gestion, unité intermédiaire entre l'activité individuelle, l'activité collective, et l'organisation.....	112
Figure n°6 - Périmètre d'observation fixe retenu au sein des deux blocs	141
Figure n°7 - Le codage de nos données : un exemple à partir de la catégorie « communication »	160
Figure n°8 - L'analyse des données : un exemple de comparaison des agencements à partir de la catégorie « communication » au bloc orthopédie.....	162
Figure n°9 - Plan du bloc orthopédie (à gauche) et du bloc cardiologie (à droite)	184
Figure n°10 - Processus de prise en charge d'un patient programmé	197
Figure n°11 - Grille d'analyse de l'activité de l'établissement.....	202
Figure n°12 - L'équipe et le responsable de proximité : des situations parallèles	314

Figure n°13 - Les agencements organisationnels des quatre types de situation identifiés : une lecture dynamique	331
Figure n°14 - Les deux modalités d'action en situations perturbées	347
Figure n°15 - Caractère dispersé et fragmenté de l'activité d'un acteur.....	351
Figure n°16 - Les différents intérêts poursuivis par les acteurs à niveau individuel et collectif	355
Figure n°17 - Soutenir la reconstitution de la « méta-situation » : un agencement organisationnel au carrefour des différentes situations de gestion	366
Figure n°18 - Quatre dimensions pour analyser l'usage d'un outil de gestion en situation.	369
Figure n°19 - Usages privilégiés des outils dans la situation de référence.....	371
Figure n°20 - Usage réel des outils en situation perturbée	374
Figure n°21 - Contributions théoriques de ce travail : le rapport dynamique entre agencements organisationnels et situations de gestion au cours du temps.....	409
Figure n°22- Contributions empiriques de ce travail : la dynamique des espaces de discussion	421

Photographies

Photo n°1 - Une salle de réveil du plateau technique	181
Photo n°2 - Le sas d'entrée patient au bloc cardiologie et les outils à disposition des acteurs	184
Photo n°3 - Vue du couloir en entrant au bloc orthopédie	187
Photo n°4 - L'entrée d'une salle d'intervention au bloc orthopédie	187
Photos n°5 - Vue d'une salle d'intervention au bloc cardiologie (à gauche) et au bloc orthopédie (à droite).....	188
Photo n°6 - Vue depuis l'espace central de travail au bloc orthopédie	189
Photos n°7 - La salle de commande (à gauche) et vue depuis la salle de commande sur une salle d'intervention (à droite)	190
Photo n°8 - La salle de pause en orthopédie	191
Photo n°9 - Le panneau de liaison bloc-pharmacie.....	212
Photo n°10 - Les étiquettes des dotations	212

Extraits de terrain

Encadré n°1 - Une étude préalable sur l'amélioration du climat social au sein de l'établissement	122
Encadré n°2 - Le carnet d'observation, source d'intrigue pour les acteurs (Bloc cardiologie)	147
Encadré n°3 - Recadrage de l'étude et transparence du dispositif (Bloc orthopédie)	147
Encadré n°4 - L'optimisation des déplacements par la conception des espaces de travail (Bloc cardiologie)	186
Encadré n°5 - Relations bloc opératoire / pharmacie : le « <i>système plein-vide</i> »	211
Encadré n°6 - Transmission en salle de réveil (Bloc cardiologie)	213
Encadré n°7 - La coordination stérilisation / bloc orthopédie	213
Encadré n°8 - La descente d'un patient au bloc opératoire par le brancardier	215
Encadré n°9 - La procédure d'accueil du patient (Bloc cardiologie)	219
Encadré n°10 - La procédure d'installation de la salle et du patient	220
Encadré n°11 - La procédure au cours de l'intervention (Bloc cardiologie)	221
Encadré n°12 - L'organisation de la suite du programme	222
Encadré n°13 - Procédure de désinstallation et rangement de la salle (Bloc cardiologie)	224
Encadré n°14 - Les infirmières en « plus » et la dimension d'efficacité sous-jacente (Bloc orthopédie)	227
Encadré n°15 - Conversations personnelles médecins / infirmières en salle d'intervention et délégation de tâches (Bloc orthopédie)	228
Encadré n°16 - Conversation personnelle médecin / infirmière en salle de commande (Bloc cardiologie)	230
Encadré n°17 - La salle de commande, lieu de rencontre entre le responsable de proximité et les médecins (Bloc cardiologie)	232
Encadré n°18 - Description de la salle de pause (Bloc cardiologie)	233
Encadré n°19 - Les relations entre médecins / équipe / responsable de proximité et les difficultés de management (Bloc orthopédie)	234
Encadré n°20 - La dimension affective dans le travail en salle d'orientation	235
Encadré n°21 - Les conversations personnelles en salle d'orientation (Bloc orthopédie)	237
Encadré n°22 - La notion d' « <i>avancer</i> », prégnante au sein de la clinique étudiée	239
Encadré n°23 - Usage d'un jargon simplifié (Bloc orthopédie)	240

Encadré n°24 - Usage de « codes » pour se coordonner (Bloc cardiologie)	241
Encadré n°25 - Arrangements informels et solidarité (Bloc orthopédie)	242
Encadré n°26 - Tentative de REx, non partagé auprès de l'ensemble de l'équipe	245
Encadré n°27 - Un unique dispositif de REx : la fiche de signalement des événements indésirables (Bloc orthopédie)	246
Encadré n°28 - L'absence de maîtrise sur les programmes opératoires : un REx limité (Bloc orthopédie)	247
Encadré n°29 - Méconnaissance de la procédure par un membre de l'équipe	248
Encadré n°30 - Questionnement de la procédure par le responsable (Bloc cardiologie)...	249
Encadré n°31 - Indétermination sur le programme opératoire futur (Bloc orthopédie)....	250
Encadré n°32 - Réflexion collective pour lever une incertitude concernant le futur proche : la question du prêt (Bloc orthopédie)	251
Encadré n°33 - Le rôle de la coordinatrice dans l'organisation des repas	251
Encadré n°34 - Sollicitation des acteurs pour obtenir des informations sur la situation...	253
Encadré n°35 - S'informer par les sens (Bloc orthopédie)	254
Encadré n°36 - Le programme opératoire papier : vision globale de l'activité en situation normale (Bloc orthopédie)	255
Encadré n°37 - Le travail de relève : faire face à la dispersion temporelle du travail (Bloc orthopédie)	255
Encadré n°38 - Absence de réflexivité collective et manque de reconnaissance lors du travail de relève (Bloc orthopédie)	256
Encadré n°39 - Etape 1 : Découverte de la perturbation et des incertitudes correspondantes (Bloc orthopédie)	264
Encadré n°40 - Etape 2 : Résolution d'une partie de l'indétermination concernant la nature de la procédure (Bloc orthopédie)	267
Encadré n°41 - Etape 3 : Alimentation des outils grâce aux informations obtenues	271
Encadré n°42 - Etape 4 : Découverte de conflits entre les différentes situations	273
Encadré n°43 - Etape 5 : L'activité de relève dans ce contexte (Bloc orthopédie).....	277
Encadré n°44 - Etape 6 : Discussion sur les conflits de situation (Bloc orthopédie)	279
Encadré n°45 - Un exemple de changement dans l'organisation des rotations de salles (Bloc orthopédie)	281

Encadré n°46 - Etape 7 : Résolution de la perturbation et des incertitudes correspondantes (Bloc orthopédie)	282
Encadré n°47 - Etape 1 : Découverte d'une perturbation lors de la préparation de l'intervention, aussitôt résolue (Bloc cardiologie).....	283
Encadré n°48 - Etape 2 : Nouvelle perturbation lors de l'intervention, aussitôt résolue (Bloc cardiologie)	288
Encadré n°49 - Etape 3 : Nouvelle perturbation à la fin de l'intervention, aussitôt résolue (Bloc cardiologie)	289
Encadré n°50 - Etape 4 : Nouvelle perturbation en salle de réveil, aussitôt résolue.....	291
Encadré n°51 - Les marges de manœuvre dont dispose le management au sein de la clinique (Bloc orthopédie).....	295
Encadré n°52 - Les marges de manœuvre dont dispose le management sur les perturbations attenantes au personnel (Bloc orthopédie)	296
Encadré n°53 - L'autorité de la coordinatrice reconnue par tous dans la gestion des espaces (Bloc orthopédie)	298
Encadré n°54 - Jouer sur les marges de manœuvre dont on dispose pour réguler des événements de nature diverse (Bloc orthopédie).....	299
Encadré n°55 - Des difficultés persistantes dans ces réaffectations malgré les réponses organisationnelles déployées (Bloc orthopédie)	300
Encadré n°56 - Situation 1 : La tentative de concession de marges de manœuvre sur l'organisation des programmes... (Bloc orthopédie)	301
Encadré n°57 - Situation 2 : ... Et les résistances de certains médecins.....	303
Encadré n°58 - Procédures établies dans la transmission d'informations à l'ordonnancement en cas de perturbations (Service ordonnancement)	304
Encadré n°59 - Une tentative d'instaurer des outils pour favoriser le partage d'informations sur les événements avec les médecins (Bloc cardiologie).....	305
Encadré n°60 - Le rôle de la coordinatrice dans la résolution d'un événement attendant au matériel (Bloc orthopédie)	306
Encadré n°61 - Les problématiques soulevées par l'absence de téléphone	308
Encadré n°62 - La mise en place d'outils permettant de gérer les dysfonctionnements liés au matériel (Bloc cardiologie)	309
Encadré n°63 - Des procédures de « <i>dépannage</i> » formellement établies	309

Encadré n° 64 - Rôle de la coordinatrice dans la prise de décision face à des problèmes en matière de personnel (Bloc orthopédie)	312
Encadré n° 65 - Le rôle du responsable de proximité dans la gestion du sous-effectif (Bloc cardiologie)	313
Encadré n° 66 - Des procédures déployées pour gérer la singularité du patient.....	315
Encadré n° 67 - Le non-respect des procédures de prise en charge des urgences.....	317
Encadré n° 68 - Le rôle du médecin référent dans les services (Bloc cardiologie)	320
Encadré n° 69 - Adaptation des procédures en matière de qualité et divergences d'intérêts équipe d'aides-soignantes du plateau technique/direction (Bloc orthopédie)	321
Encadré n° 70 - Maintenir les pratiques des médecins dans le cadre organisationnel établi à travers l'usage d'outils (Bloc cardiologie)	324
Encadré n° 71 - L'actualisation des procédures et la position du responsable de proximité face aux médecins (Bloc orthopédie)	326

Annexe n° 2 - Table des abréviations et sigles utilisés

AG Anesthésie générale

ANAES Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ANAP Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANDEM Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale

ARH Agence régionale de l'hospitalisation

ARS Agence régionale de santé

AS Aide-soignant

ASH Agent de service hospitalier

CHSCT Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CME Commission médicale d'établissement

COM Contrat d'objectifs et de moyens

CRAM Caisse régionale d'assurance maladie

CUPT Comité des utilisateurs du plateau technique

DAF Directeur administratif et financier

DDAS Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DIM Directeur de l'information médicale

DMS Durée moyenne de séjour

DMS Dispositifs médicaux stériles

DRASS Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Ministère des affaires sociales et de la santé)

DRGs Diagnosis Related Groups

DRH Directrice des ressources humaines

ENC Étude nationale des coûts

EIS Événements indésirables graves

ENEIS Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins

EPP Evaluation des pratiques professionnelles

ETO Échocardiographie transoesophagienne

FHF Fédération Hospitalière de France

FMCP Fond de modernisation à destination des cliniques privées

GHM Groupe homogène de malades

HAS Haute autorité de santé

HPST Loi Hôpital, patients, santé, territoires

IDE Infirmier diplômé d'état

IEMN-IAE Institut d'Economie et de Management de Nantes

ISA Indice synthétique d'activité

LCP Ligament croisé postérieur

MCO Médecine chirurgie obstétrique (établissements aussi appelés de court séjour)

MeaH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

NPM New public management ou Nouveau management public en français

ONDAM Objectif national des dépenses de l'assurance maladie

OQN Objectif quantifié national

ORL Oto-rhino-laryngologie

PEP Pratiques exigibles prioritaires

PMSI Programme (au départ projet) de médicalisation des systèmes d'information

PSPH Participant au service public hospitalier

PTG Prothèse totale du genou

PTH Prothèse totale de hanche

REx Retour d'expérience

RSS Résumé standardisé de sortie

SAR Sociologie de l'acteur-réseau

SELF Société d'Ergonomie de langue française

SROS Schéma régional d'organisation sanitaire

SSPI Salle de surveillance post-interventionnelle

T2A Tarification à l'activité

TO Travail d'organisation

TROS Temps réels d'occupation des salles

TRS Théorie de la régulation sociale

Annexe n°3 - Proposition de recherche



Proposition

Contenu et planning de la recherche

Etude « Coordination au bloc opératoire »

Clinique – Institut d'Economie et de Management de Nantes (IAE-Université de Nantes)

Contexte

Dans un contexte marqué par la recherche de qualité mais également par la volonté d'optimiser les ressources au sein des établissements de santé, notre recherche s'intéresse au travail d'organisation pris en charge par les acteurs du bloc opératoire. Face à une activité soumise à l'aléa (matériel, patient, urgences...), et à la forte interdépendance des différentes unités hospitalières, nous nous interrogeons sur la manière dont les acteurs du bloc opératoire se coordonnent avec les autres services, s'organisent et s'adaptent aux contingences de l'activité, pour garantir la qualité de la prise en charge du patient tout en optimisant l'occupation des salles d'intervention et l'utilisation des matériels.

Ce travail fait suite à une recherche effectuée **dans la clinique** en Mai 2009, au cours de laquelle nous avons mené quatre journées d'observation sur ces problématiques. Cette étude, qui s'inscrit dans le prolongement de la précédente, doit notamment permettre de collecter une partie de la matière empirique d'une thèse de doctorat.

Méthodologie

Dans une perspective de Sciences de gestion, nous souhaitons étudier **l'organisation du travail** au bloc opératoire (programmation de l'activité, rôle du cadre de proximité, dispositifs

dialogiques prévus, outils de gestion à la disposition des acteurs, architecture des espaces de travail, etc.) et observer le travail réel effectué par les acteurs (focalisation sur **l'activité organisationnelle** prise en charge par les acteurs, adaptation de l'organisation du bloc aux aléas, **coordination** entre les différents services et entre les différentes équipes (et notamment **période de relève**), etc.). L'objectif de la recherche est notamment d'analyser au travers de quels moyens ce travail à teneur organisationnelle est déployé par les acteurs (outils de gestion réellement utilisés, activité communicationnelle, etc.) et d'identifier les différentes contraintes pesant sur cette activité réelle.

Il nous faut donc adopter une méthodologie qui permette de se saisir de chacune de ces dimensions. Dans cette perspective, la **méthodologie qualitative** et plus précisément **l'observation** directe semble être la plus adaptée. Nous souhaiterions pouvoir la déployer au sein de deux blocs opératoires, le bloc orthopédie et le bloc cardiologie pour poursuivre le travail déjà effectué au sein de l'établissement.

Les séquences d'observation ne perturbent en rien le travail des acteurs, elles se traduisent par un simple suivi des personnels dans leur activité. Elles permettent également de poser des questions précises, en situation.

Au sein de chaque bloc opératoire, nous nous proposons d'adopter à la fois un **périmètre d'observation fixe** (salle d'orientation dans le bloc orthopédie et couloir de bloc pour le bloc orthopédie et cardiologie) mais également un **périmètre d'observation variable**, à travers le suivi d'acteurs (coordinatrices et cadres de bloc notamment) et le suivi d'événements.

Ce travail pourra faire l'objet de restitutions afin de vous faire part de la progression et des résultats de cette recherche, et éventuellement d'étudier ensemble des pistes d'amélioration, selon le calendrier que nous aurons défini collectivement.

Calendrier à définir ensemble

Annexe n° 4 - Les grilles d'observations**1. GRILLE D'ANALYSE PRINCIPALE : ÉTUDE DES INTERACTIONS**

INTERACTION N°		
NATURE DE LA SITUATION (normale ou perturbée) Si perturbée : motif(s)		
ORIGINE DE L'INTERACTION Provoquée, hasardeuse ? Quels dispositifs techniques ou architecturaux ont favorisé cette interaction ?		
OBJECTIF(S)		
OBJET(S) ABORDÉ(S)		
LIEUX		
TEMPORALITÉS Heure : Durée : Moments (pause/réunion...) :		
PARTICIPANTS Statuts / Expérience - Ancienneté dans la structure / Disposition		
ANALYSE DE LA DIMENSION COLLECTIVE DU TRAVAIL Les tâches confiées à chacun des participants		

<p>sont-elles dépendantes entre elles ?</p> <p>En quoi ?</p>		
<p>PERTURBATIONS</p> <p>Activités parallèles à la situation ?</p> <p>Interruptions de l'échange ?</p>		
<p>NATURE DE L'INTERACTION</p> <p>Face à face ? Si non, quel support intermédiaire ?</p> <p>Par oral, écrit, geste ?</p>		
<p>OUTILS</p> <p>Type d'outils mobilisés : Origine (direction / personnels) :</p> <p>Recours aux procédures dans l'échange ?</p> <p>Rôle(s) de l'outil :</p> <p>Plusieurs personnes utilisent-elles l'outil en même temps ? Nombre ?</p> <p>L'utilisation de l'outil génère-t-il une activité écrite ou orale ?</p>		
<p>STRUCTURE</p> <p>Syntaxe ? (sigles, abréviations...) Référence à un référentiel partagé (contexte commun, « tu sais »...) ?</p>		

<p>Connaissances sous-jacentes nécessaires à la compréhension de l'échange ?</p> <p>Temps employé ? Interaction tournée vers les activités passées, présentes ou futures ?</p>		
RÉSULTATS DE L'INTERACTION		
<p>Atmosphère au cours de l'échange ?</p> <p>Ressenti des acteurs suite à l'échange ?</p>		

2. GRILLE D'ANALYSE SECONDAIRE : ÉTUDE DU TRAVAIL DE RELÈVE

RELÈVE N°		
Relève antérieur ou postérieur au cycle d'activité observée (Avant / Après) ?		
STRUCTURE Lieu Heure Durée Participants / Disposition des participants / Position des participants		
CONTENU Thématiques abordées Davantage un rapport d'activité (déjà effectué) ou une anticipation (à effectuer) ? Place des régulations en cours ou posant problème dans le travail de relève ? Se base-t-on sur l'activité réelle ou sur les procédures / l'activité planifiée ?		
SÉLECTION DES INFORMATIONS Quelles informations sont transmises par rapport à l'activité qui vient d'être réalisée ? Sur quelle(s) base(s) l'information est-elle sélectionnée ?		
PLACE DE L'ÉCRIT ET DE L'ORAL DANS LA RELÈVE Complémentarité oral /		

<p>écrit. Simultanéité entre l'utilisation de l'écrit et de l'oral ?</p> <p>Quelles informations sont uniquement transmises à l'oral ?</p> <p>Quelles informations sont uniquement transmises à l'écrit ?</p>		
<p>RÉFÉRENTIEL COMMUN</p> <p>Syntaxe ? (sigles, abréviations...)</p> <p>Référence à un référentiel partagé (contexte commun, « tu sais »...) ?</p> <p>Connaissances sous-jacentes nécessaires à la compréhension ?</p>		
<p>OUTILS</p> <p>Quels outils sont mobilisés ?</p> <p>Origine (direction / personnels) :</p> <p>Rôle(s) de l'outil :</p> <p>Plusieurs personnes utilisent-elles l'outil en même temps ? Nombre ?</p> <p>L'utilisation de l'outil génère-t-il une activité écrite ou orale ?</p>		

3. AMPLEUR DES PERTURBATIONS (PAR JOUR D'OBSERVATION) PAR RAPPORT A L'ACTIVITÉ TELLE QU'ELLE A ÉTÉ PROGRAMMÉE

ACTIVITÉ PROGRAMMÉE - Observation n°		
L'ACTIVITÉ		
Nombre d'opérations planifiées Nombre d'opérations planifiées par salle		
Durée prévisionnelle des journées opératoires (par médecin)		
Nombre de salles opératoires utilisées Taux d'occupation des salles programmé <ul style="list-style-type: none"> • nombre de salles utilisées / nombre de salles disponibles • durée d'occupation de la salle / durée de mise à disposition de la salle 		
LES EFFECTIFS		
Effectif prévu <i>Praticiens</i> <i>Anesthésistes</i> <i>Infirmières de bloc</i> <i>Infirmières de SSPI</i> <i>AS</i> <i>ASH</i> <i>Brancardiers</i>		

ACTIVITÉ RÉELLE - Observation n°		
L'ACTIVITÉ		
Nombre de patients ajoutés au cours de la journée Soit : nombre d'opérations réellement effectuées Nombre de patients ajoutés par programme opératoire		
Durée réelle des journées opératoires Taux de débordement par bloc		
Les programmes commencent-ils à l'heure ? Retard pris (durée) ?		
Nombre de salles réellement utilisées Taux d'occupation réel de chaque salle		
Durée d'ouverture d'une salle Durée de préparation entre deux interventions Durée de fermeture d'une salle		
LES EFFECTIFS		
Effectifs réels <i>Praticiens</i> <i>Anesthésistes</i> <i>Infirmières de bloc</i> <i>Infirmières de SSPI</i> <i>AS</i> <i>ASH</i> <i>Brancardiers</i>		
Taux de présence des personnels en salle		

Annexe n° 5 - Codage des données : présentation des sous-catégories

1. SITUATION DE GESTION

1.1. Degré de singularité de la situation

Nous avons ici distingué les situations perturbées (« Sn ») des situations non perturbées (constitue l'arrière-plan : « S0 »).

L'analyse a soulevé certaines questions qui nous ont amenée à compléter le codage pour cet axe d'analyse :

- Comment traiter une action qui concerne une ancienne situation perturbée revenue à la normale ? On a utilisé le code « S0 (Sn) ».
- Comment traiter une situation perturbée que l'on convoque dans le récit (dans le cadre d'une autre situation de gestion, par exemple la relève) mais sans la faire avancer (on la commente simplement) ? On a utilisé le code « S0 C Sn ».
- Comment traiter une séquence d'observation renvoyant à une double situation de gestion (un cas rencontré de très nombreuses fois dans l'analyse, nous le verrons) ? On a utilisé le code « S0 U Sn » (une situation perturbée rencontre une situation non perturbée) ou « Sn U Sn » (deux situations perturbées se rencontrent).

Nous pouvons synthétiser les étiquettes utilisées sur cet axe d'analyse par le tableau suivant :

S0	Situation non perturbée conforme à la façon dont elle a été programmée (arrière-plan) : on l'appellera par la suite « situation normale ».
S1... Sn	Situation perturbée, caractérisée par un écart par rapport à la programmation du bloc (situations numérotées pour les différencier)
S0 (Sn)	Situation perturbée redevenue « normale », conforme à la situation telle qu'elle a été programmée.
S0 C Sn	Situation perturbée racontée ; pas d'actions pour la faire évoluer : « Faire référence à (inclusion) »
S0 U Sn ou Sn U Sn	Deux situations qui se rejoignent, qui se confrontent, et donc des informations propres à chacune des situations qui sont partagées

1.2. Caractère indéterminé ou non

DETER	La situation ne présente pas d'indétermination/d'incertitude
INDETER	La situation présente des indéterminations : les acteurs ne sont pas en possession de l'ensemble des informations ou des réponses nécessaires pour agir.
DETER VERS INDETER ou INDETER VERS DETER	L'indétermination apparaît au cours de la situation : les acteurs réalisent qu'il leur manque une information ou L'indétermination est résolue au cours de la situation : les acteurs obtiennent l'information

1.3. Temporalité

On s'intéresse à la temporalité de l'action présente dans la situation.

PASSE	L'échange ou l'action réalisée dans la situation est tournée vers le passé
PRESENT	L'échange ou l'action réalisée dans la situation est tournée vers le présent ne comportant pas un caractère d'urgence
PRESENT (URG)	L'échange ou l'action réalisée dans la situation est tournée vers le présent et celui-ci comporte un caractère d'urgence : la contrainte temporelle s'accroît, on est dans une phase de contraction du temps.
FUTUR	L'échange ou l'action réalisée dans la situation est tournée vers le futur

1.4. Motif de la perturbation (si perturbation)

PATIENT	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout, urgence, suppression • Caractéristiques propre au patient : loisirs, maladie particulière (autre que celle pour laquelle il est opéré mais qui va impacter son intervention : cancer, allergie, etc.), exigences particulières ou comportement particulier du patient ou de sa famille impactant sa prise en charge (chambre seule, parents entrés au bloc...).
PROCEDURE	<ul style="list-style-type: none"> • Ecart par rapport à la règle générale, à la norme de fonctionnement • Ecart par rapport au protocole médical lié à l'intervention (transport du patient, accueil, préparation de la salle ou du patient, anesthésie, intervention, salle de réveil)
TEMPOREL	<ul style="list-style-type: none"> • Retard ou avance dans le programme • Modification dans l'ordre de passage par rapport au programme
MATERIEL	Ecart par rapport au matériel prévu dans la procédure pour telle intervention et préparé sur le caddy (complication en salle, demande singulière d'un chirurgien...)
ESPACE	<ul style="list-style-type: none"> • Ecart par rapport à la salle d'opération programmée • Ecart par rapport à l'actualisation dans l'affectation de salles opérée par un acteur du bloc • Ecart par rapport à la trajectoire programmée en termes d'espace (salle d'opération puis salle de réveil puis remontée en hospitalisation)
OUTIL	<ul style="list-style-type: none"> • Echec dans la mobilisation de l'outil : panne informatique, mauvaise information car écart entre outil informatique et papier... • Ecart par rapport à l'alimentation de l'outil (tel qu'elle est prévue par la règle) : notamment en termes de traçabilité, impossibilité d'effectuer une manipulation informatique...
PERSONNEL	<ul style="list-style-type: none"> • Sur ou sous-effectif / Absence d'un personnel / Retard d'un personnel • Modification dans l'affectation du personnel : par exemple, changement dans le médecin en charge de l'intervention • Inadéquation dans l'affectation du personnel (acteur pas expérimenté sur ce poste...)

2. AGENCEMENT ORGANISATIONNEL

2.1. Analyse de l'architecture

CENTRAL	Espace central ou commun de travail, lieu de regroupement des acteurs
TRAPPE	Utilisation de la trappe (contraintes hygiène)
PROXIMITE	Proximité des lieux dans lesquels travaillent les protagonistes de la situation.
SIMULT	Travail conjoint, simultanéité des tâches
IDENTITE	Lieu dans lequel se construit une identité collective
CROISEMENT	L'interaction entre les acteurs découle d'un croisement, d'une interception
PASSAGE	L'action est effectuée « au passage » (laisser du matériel, faire une action en plus de celle prévue car on passe devant un lieu)
APPELER/ENTENDRE	Appeler/Entendre
VOIR	Voir (couloir ou vitres)
SENTIR	Sentir

2.2. Analyse des communications en situation

MEDIATION (PRESENT, PASSE, FUTUR)	<p>Logique de transmission, d'échange d'information contextuelle (sur la situation)</p> <p>Caractère distribué de l'information (dispersion fonctionnelle, géographique et temporelle) et conséquences sur la structure des échanges (points de vue et intérêts divergents)</p> <p><u>MEDIATION</u> : transmission d'informations liées à la situation de gestion dans laquelle on a été impliquée (liée à l'activité exercée, à la fonction occupée, à l'espace dans lequel on a travaillé, à la temporalité à laquelle on a exercé, etc.). L'interlocuteur n'ayant pas été impliqué dans la situation n'a pas nécessairement les informations. On précise la temporalité vers laquelle est tourné l'échange d'informations.</p>
ANNONCE	<u>ANNONCE</u> : commentaire et information sur l'action présente auto-réalisée : permet aux autres d'ajuster leur comportement, aide à la coordination mais aussi employé dans une optique de mémorisation (verbalisation)
NEGOCIATION	<u>NEGOCIATION</u> : discussion et arbitrage entre différents intérêts et points de vue propres à la situation dans laquelle chacun a été impliqué
CONFRONTATION	<u>CONFRONTATION</u> : désaccord entre deux acteurs, potentiellement conflictuel
EXPERT	Logique de transmission d'information à caractère général indépendant de la situation (pas propre à une temporalité spécifique) : procédure, savoir-faire, règle (logique d'expertise)
SUPPOSITION	Logique de création dans l'échange plus ou moins axé sur l'expérience et la règle
PROPOSITION	<u>SUPPOSITION</u> : émission d'hypothèse basée sur l'expérience ou la règle <u>PROPOSITION</u> : émission d'une proposition d'action
REX	<u>REX</u> : retour d'expérience et réflexion sur la façon dont les acteurs peuvent gérer un problème similaire à l'avenir
PRESCRIPTION (DV) OU (DH)	Logique de décision <u>PRESCRIPTION (DV)</u> : prescription provenant d'un supérieur hiérarchique (responsable ou médecin) (DV : division verticale) / <u>PRESCRIPTION (DH)</u> : prescription provenant d'un pair (DH : division horizontale du travail)
ACCORD	<u>ACCORD</u> : demande d'accord ou accord donné à un acteur pour agir selon une orientation particulière
CONFIRMATION	<u>CONFIRMATION</u> : une décision est prise suite à une proposition faite par un acteur
DECISION	<u>DECISION</u> : une décision est prise sur l'action à mener
INCONNU	Incertitude de l'action : <u>INCONNU</u> : les personnels n'ont pas les informations, le savoir nécessaire à l'action
RUMEUR	<u>RUMEUR</u> : les personnels ont connaissance d'une information sans que celle-ci ne soit confirmée
PERSO	Echanges à caractère personnel et subjectif : <u>PERSO</u> : maintien du lien social, climat/ambiance de travail, plaisanteries, anecdotes personnelles...
COMPORTATIF	<u>COMPORTATIF</u> : avis émis sur le comportement d'autrui ou son propre comportement (critiques, reproches, excuses, félicitations...)

1.1. Analyse des outils mobilisés dans la situation

CONFORM		Logique de conformation, exécution des procédures ou des manipulations exigées par l'outil	LOGIQUE D'UTILISATION DE L'OUTIL
ADAPT		Logique d'adaptation, de création de l'outil	
ECART		Ecart/remise en cause de l'outil (forme) ou de l'information dispensée par l'outil (contenu ou usage de celui-ci)	
QUESTION		Logique de questionnement : questionner la situation au regard de l'outil, questionner le non-respect ou l'écart...	
CONCEPTION DE L'ORGANISATION	PROTOCOLE	Procédures médicales ou soignantes, procédures pour joindre un service... (tournées vers le présent)	TYPE D'OUTIL MOBILISE
	PLANIFICATION	Outils de structuration de l'organisation (tournés vers le futur) : programme opératoire, commandes de matériel, planning des personnels...	
	REX	Outils favorisant la remontée des dysfonctionnements dans le but d'améliorer l'organisation (tournés vers le passé)	
MEMORISATION	PHOTO	Outils permettant de soulager la mémoire des acteurs à court terme : écrit ou image	
	PENSE-BETE		
	CAPITALISATION	Outils permettant de soulager la mémoire des acteurs à long terme	
	TRACABILITE	Outils permettant de garantir la traçabilité des actions effectuées	
MEDIATION		Outils de transmission (état de la situation à la période t) parfois établis sur un mode prescriptif	
ALIMENTATION		Mobilisation de l'outil pour se renseigner ou mettre à jour des informations	NATURE DE L'ACTION REALISEE SUR L'OUTIL ET OBJECTIFS POURSUIVIS DANS L'USAGE
CONSULTATION		Mobilisation de l'outil dans l'optique de s'informer	
CONTROLE		Mobilisation de l'outil pour contrôler le respect des normes dans l'alimentation de l'outil (contrôler les médecins dans leur alimentation de l'outil, pister les responsables d'un problème...)	
TRAVAIL		Mobilisation de l'outil pour appuyer ses réflexions sur un support : essais, ratures...	
LEGITIMAT		Mobilisation de l'outil pour justifier son action ou sa décision (exemple : la procédure)	
RIGIDE / FLEXIBLE		Possibilité d'adaptation de l'outil dans sa forme	
ALERTE		Dimension d'alerte permise par l'outil (informer rapidement, attirer l'attention...)	Eventuellement : CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL
INDIVIDUEL/COLLECTIF		Caractère collectif ou non de la mobilisation de l'outil	
EFFICACITE		Rationalisation dans la mobilisation de l'outil (scanners, étiquettes...)	

1.2. Analyse de la mobilisation du téléphone en situation

IMMEDIAT	Mobilisation du téléphone dans l'optique d'obtenir immédiatement une information (« demander »)
ALERTE	Mobilisation du téléphone dans l'optique de transmettre immédiatement une information (« prévenir »)
DISTANT	Mobilisation du téléphone dans l'optique d'obtenir ou transmettre des informations qui ne présentent pas un caractère d'urgence
DIFFERE	Caractère différé de la réponse : <ul style="list-style-type: none"> • Message laissé sur le répondeur • Besoin de mener des recherches complémentaires avant de pouvoir répondre
ECHEC	Echec dans la mobilisation du téléphone : impossibilité de joindre son interlocuteur
INTRUSION	L'appel téléphonique vient perturber, interrompre l'activité de la personne mobilisée

1.3. Analyse de la mobilisation de la règle

CONFORM	Conformité à la règle, application tacite ou explicite	COMPORTEMENT DE L'ACTEUR FACE A LA REGLE
ECART / ADAPT	Ecart, remise en cause de la règle et éventuellement adaptation de la règle à la situation	
QUESTION	Logique de questionnement : <ul style="list-style-type: none"> • Questionner la situation au regard de la règle, questionner le non-respect ou l'écart... • Dénonciation, critique de la règle ou de la façon dont elle est appliquée ; soulève des questions 	
RAPPEL	Rappel de la règle ou de la procédure	Eventuellement : OBJECTIF POURSUIVI LORS DE LA MOBILISATION DE LA REGLE de manière implicite (application tacite) ou explicite (verbalisation)
ACTUAL	Mobilisation de la règle dans l'optique de l'actualiser de manière formelle	
LEGITIMAT	Mobilisation de la règle dans l'optique de légitimer ses actions	
CODE	Règle de fonctionnement tacite entre les acteurs, routine organisationnelle : code convenu, langage opératif...	Eventuellement : SPECIFICITES DANS LA NATURE DE LA REGLE
EFFICACITE	Règle tacite ou explicite d'efficacité	

1.4. Analyse des relations entre acteurs et avec l'organisation

ENTRAIDE	ENTRAIDE (PAT)	Entraide entre les acteurs tournée vers la sécurité du patient
	ENTRAIDE (COLL) ou (PERSO) ou (SUB) ou (RESP)	Entraide entre les acteurs tournée vers le soutien à un acteur (COLL : un pair ; PERSO ou SUB : un subordonné ; RESP : un supérieur hiérarchique) : intercompréhension des problématiques propres à un autre acteur
	ENTRAIDE (ORGA)	Entraide entre les acteurs tournée vers l'optimisation de l'organisation, l'efficacité
RELATIONS & CONFLITS	RELATION (MED) +/-	Lien social positif ou négatif entre les personnels du bloc opératoire et une autre catégorie d'acteurs (MED : Médecins ; DIRECTION : supérieurs hiérarchiques ; LABO : laboratoires) ou au sein de l'équipe(EQUIPE)
	RELATION (DIRECTION) +/-	
	RELATION (LABO) +/-	
	RELATION (EQUIPE) +/-	

Annexe n° 6 - Un exemple de codage à partir d'un extrait d'observation au bloc orthopédie

	OBSERVATION N°3 - BLOC ORTHOPEDIE	SINGULIERITE SITUATIONS DE GESTION	TEMPORALITE	INDEXER / DETER	ETAPE SITUATION [ECART]	MOBILISER DES RESSOURCES	ARCHITECTURE	COMMUNICATION	TELEPHONE	OUTIL PAPIER	OUTIL INFORMATIQUE	REGLE EXP	RELATIONS ENTRE ACTEUR ET AVEC ORGANISATION
1	12H43. Le programme du docteur Albert a pris du retard : il a commencé en retard ce matin car il a amené sa voiture au garage. Et « c'est pas fini », dit la coordinatrice : la patiente qu'à fait M. Albert ne sent plus ses jambes à son réveil. Mais c'est tellement tendu en salle que la panseuse en salle avec lui a demandé à l'anesthésiste qu'il vienne le dire au Dr. Albert. L'anesthésiste est parti voir le patient en SSPI et après il va le dire à M. Albert.	S1 U S2	PRESENT	DETER INDEXER	TEMPOREL PROCEDURE	MOB (MED)	PROXIMITE	MEDIATION (PRESENT) CONFRONTATION				ECART ADAPT	RELATION MED - SOUTIEN (PERSO)
2	En orientation. Deux IDE se plaignent du programme lourd sur lequel elles sont affectées, et du fait qu'elles ne vont pas tourner : « On en a pour toute la nuit ! ».	S0	PRESENT	DETER			CENTRAL IDENTITE	PERSO SUPPOSITION MEDIATION (PASSE) PRESCRIPTION (DH)				QUESTION EFFICACITE	
3	La coordinatrice : « Vous allez peut-être finir par tourner... Moi j'ai pas pu faire tourner ce matin ». Françoise : « Faut déjà faire tourner Albert ce matin ».						CENTRAL	MEDIATION (PRESENT)					
4	La coordinatrice présente l'avancement du programme pour chaque chirurgien à chaque panseuse.	S0	PRESENT	DETER									
5	Les IDE discutent maintenant du patient qui ne sent plus ses jambes. Une IDE dit que « c'est normal pour une rachi ». Une autre rétorque : « C'est pas une rachi, c'est une péri ». La panseuse du docteur Albert arrive en orientation et entend les hypothèses. Elle dit que ça ne peut pas non plus être la péri. Une infirmière : « C'est peut-être la morphine ? ».	S1	PRESENT	INDEXER	PROCEDURE	MOB (REGLE)	CENTRAL	EXPERT CONFRONTATION MEDIATION (PRESENT) PROPOSITION				QUESTION RAPPEL	
6	(...) Le téléphone de la coordinatrice sonne : on lui demande du matériel (une « colle », Beriplast) pour le Dr. Albert. Elle appelle le responsable : elle a donné deux fois (une hier et une ce matin) cette colle en salle et ils n'en ont que deux dans le frigo : elle a appelé le responsable car elle sait qu'il est en bas, à déjeuner au réfectoire, pour qu'il en remonte de la pharmacie.	S3	PRESENT (URG)	DETER	MATERIEL	MOB (COLL) MOB (RESP)	PROXIMITE ELOIGNEMENT	PRESCRIPTION (DH)	ALERTE			CONFORME ADAPT	
7	(...) 13H40. La coordinatrice du soir est arrivée. Elle entre en orientation. Transmission entre les coordinatrices du matin (Claire) et du soir (Agathe) : Claire : « On va commencer par notre ami M. Siloret. Soit ça va, soit ça ne va pas ». Agathe, interrompue, surprise : « C'était Solatic, je croyais que c'était Mathilde ? (...) Oh la pauvre ». Claire : « C'était tonique (...) Il y avait Louis qui venait lui donner un coup de main (...) Cet après-midi c'est Françoise donc elle entre le patient en salle. »	S0	PASSE PRESENT	DETER			CENTRAL	MEDIATION (PASSE/PRESENT)					SOUTIEN (COLL)
8	(...) Elle reparte ensuite de la lésion de lundi, qui va être prise en charge cet après-midi (par le Dr. Taillé) : le chirurgien avait juste réduit la fracture, mais la patiente nécessite une intervention explicite Claire à Agathe.	S0 C S4	PASSE FUTUR	DETER	PATIENT		CENTRAL	MEDIATION (PASSE)					

	S0 C 51	PASSE	DETER	MATERIEL	MOB (COLL)	PROXIMITE CENTRAL	MEDIATION (PASSE) COMPORTATIF	CONFORM PLANIF TRAVAIL CONSULT	QUESTION CONFORM EFFICACITE	RELATION MED -
9	Claire : « [Surnom docteur Albert] m'a appelé ce matin à 8h moins 10 : « Ne vous précipitez pas avec mon patient, je dois passer chez le carrossier ». Il m'a rappelé à 8h20 : « C'est bon, j'arrive, vous pouvez endormir mon patient ». Il est arrivé à 8h ». Agathe : « Oh, il exagère ».									
10	(...) Les transmissions sont terminées, la coordinatrice du matin s'en va.	PRESENT	DETER						CONFORM	
11	Dans le couloir, Agathe amène du matériel dans des salles. Elle croise la passeuse en salle avec le Dr Albert cet après-midi. « Faut que tu assures, hein », l'encourage-t-elle. L'après-midi risque d'être difficile pour la passeuse car le programme est très chargé et le médecin très tendu.	PRESENT	DETER			PROXIMITE CROISEMENT	COMPORTATIF			SOUTIEN (COLL)
12	(...) En orientation, la coordinatrice regarde sur le programme papier comment elle va pouvoir faire tourner le Dr Siloret pour sa prochaine intervention. Je lui demande comment sait-elle quel chirurgien doit tourner tel jour. Le « planning des tournantes » est accroché dans le bureau des médecins, et sinon, « c'est dans ma tête ! », me répond-elle. Puis elle dit à voix haute : « Qui j'ai en plus cet après-midi ? ». Elle regarde sur le planning des personnels accroché au-dessus du bureau.	PRESENT	INDETER vers DETER		MOB (OUTIL)	CENTRAL	ANNONCE DECISION			
13	Dans le couloir, pour la salle 4, une IDE demande : « Est-ce qu'on peut avoir des bras ? ». Depuis l'orientation, la coordinatrice a entendu, elle se rend en salle 4 pour aider à tourner un patient. Elle ressort et se lave les mains.	PRESENT (URG)	DETER		MOB (COLL)	APPEL / ENTENDRE	PRESCRIPTION (DH)		CODE CONFORM	SOUTIEN (PAT)
14	Dans le couloir, la coordinatrice pousse un caddy à côté d'une salle d'opération. Elle retourne en orientation, prend un bac provenant de la stérilisation et le ramène sur le caddy. Sur la fiche (la check-list éffaçable) scotchée sur le caddy, il est en effet indiqué qu'il manque cette boîte (elle a été recuite après une intervention de ce matin). La coordinatrice a vu la fiche en passant dans le couloir et s'est rendue compte que la boîte n'avait pas été remise sur le caddy. Elle s'en rappelle aussi puisque c'est elle qui a fait les caddys la veille. Elle raye l'annotation stipulant qu'il manque une boîte.	PRESENT	DETER		MOB (OUTIL) MOB (EXP)	PROXIMITE VOIR		CONFORM PENSE-BETE CONSULT ALIMENT ALERTE	CONFORM	SOUTIEN (ORGA)
14	En orientation. Une IDE de salle de réveil (locorégionale) vient trouver la coordinatrice. En SSPI, ils relont leur "plein", elle s'est rendue compte qu'il allait leur manquer du produit car elles « doublent leur bloc ». Elle transmet à Agathe : « de peut faire 7 blocs... 7 blocs, ça va pas le faire ! ». Agathe : « de vais voir avec [Diminutif prénom coordonneuse] et lui faire demander un déca de sang ».	PRESENT	DETER	MATERIEL	MOB (COLL)	PROXIMITE CENTRAL	MEDIATION (PRESENT) ANNONCE	ADAPT PENSE-BETE ALIMENT FLEXIBLE	ACTUAL	

	S6 U 50	PRESENT FUTUR	DETER INDETER vers DETER	PROCEDURE	MOB (COLL) MOB (REGLE)	ENTENDRE PROXIMITE	PRESCRIPTION (DH) MEDIATION (FUTUR)		CONFORM PLANIF CONTRÔLE	ECART	RELATION MED -
16	Une panseuse sort de la salle 5. Elle demande depuis le couloir des tabourets. La coordinatrice va en chercher en salle 3 et 7. En ramenant les tabourets, elle apprend par la panseuse, qu'une intervention va être faite « en septique froide ». La coordinatrice : « Du coup, la salle va être condamnée ? ». Elle va devoir anticiper/prévoir cette contrainte pour l'organisation de la suite du programme.										
17	De retour en orientation, puis dans le bureau du cadre la coordinatrice informe le responsable qu'une intervention va être faite en septique. Elle lui donne aussi des informations sur l'ajout sur le programme du Dr Tallé : la lésion de lundi qui est reprise. Le responsable n'a pas été mis au courant, il n'est pas content. Responsable : « Cette information là, c'est l'ordonnancement qui vous l'a dit ? » Agathe : « Je sais pas ». Il regarde le « mouchard » (comme les responsables l'appellent) sur son ordinateur pour pister la source d'information : il voit que c'est la secrétaire du chirurgien qui l'a mise en vacation. Agathe : « Ah, c'est ça les mouchards ! »	S4 U 56	FUTUR	INDETER	PROCEDURE PATIENT	MOB (RESP) MOB (SUB) MOB (OUTIL)	PROXIMITE	MEDIATION (FUTUR/PASSE) INCONNU			
18	(...) 17h30. En salle 2, le chirurgien a terminé son programme. Soizic demande à la coordinatrice si elle aura encore besoin de la salle 2 qui est à présent libre. Agathe : « Oui, pour faire tourner là ! [elle montre la salle 5 dans laquelle une intervention potentiellement septique se réalise] ». S. : « J'ai rien enlevé dans la salle ». Elle attend que les ASH fassent le ménage puis elle va vider la salle pour la fermeture de la salle ou pour la procédure suivante (...).	S0 U 56	FUTUR	DETER	ESPACE	MOB (COLL)		PRESCRIPTION (DH) ANNONCE		CONFORM EFFICACITE	
19	(...) 19h05. Le téléphone de la coordinatrice sonne. « Qui ! Alors, ça sera en 1. Et alors, septique ou pas, la 5 ? (...) Mais tu vas tourner de toute façon ! ». La salle n'est pas septique, la coordinatrice est soulagée.	S0 (56)	PRESENT	DETER		MOB (COLL)		PRESCRIPTION (DH) NEGOCIATION MEDIATION (PRESENT)	ALERTE IMMEDIAT	CONFORM EFFICACITE LEGITIMAT	SOUTIEN (COLL)

Annexe n°7 - Les « écritures intermédiaires » : exemples de fiches d'analyse et de synthèse réalisées

1. UN EXEMPLE DE FICHE D'ANALYSE D'UNE OBSERVATION : ÉTUDE DES VARIATIONS DE LA SOUS-CATÉGORIE « RÈGLE » SELON LE DEGRÉ DE SINGULARITÉ DE LA SITUATION

Comportement face à la règle

Bloc orthopédie

L'équipe se conforme davantage à la règle que le responsable, au bloc orthopédie (en S0 comme en Sn). Le responsable s'écarte et adapte davantage la règle que son équipe en Sn. Enfin, le responsable questionne davantage la règle en S0 et tout autant que l'équipe en Sn.

- **Conformité** : l'équipe comme le responsable se conforme moins à la règle en Sn.
- **Ecart/adaptation** : l'équipe comme le responsable s'écarte davantage de la règle en situation dégradée voire même l'adapte davantage.
- **Questionnement** : la tendance est moins nette, le questionnement de la règle par l'équipe s'accroît dans certains cas mais à l'inverse diminue dans d'autres cas, en Sn ; le questionnement de la règle par le responsable semble s'accroître en Sn.

S0 : l'agencement en S0 se caractérise par la conformité à la règle pour l'équipe et le responsable ; par ailleurs, le responsable est largement amené à questionner la règle en S0.

Sn : l'agencement en Sn se caractérise par l'écart voire l'adaptation de la règle pour l'équipe et le responsable ; là encore, le responsable questionne grandement la règle en Sn.

O1	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CONFORM	20	54%	5	20%	25	2	50%	3	27%	5
ECART	4	11%	13	52%	17	0	0%	6	55%	6
QUESTION	13	35%	7	28%	20	2	50%	2	18%	4
TOTAL	37		25			4		11		

O2	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CONFORM	30	75%	9	30%	39	3	60%	1	20%	4
ECART	1	3%	18	60%	19	0	0%	4	80%	4
QUESTION	9	23%	3	10%	12	2	40%	0	0%	2
TOTAL	40		30			5		5		

O3	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CONFORM	32	62%	14	31%	46	0	0%	6	43%	6
ECART	8	15%	12	27%	20	1	100%	5	36%	6
QUESTION	12	23%	19	42%	31	0	0%	3	21%	3
TOTAL	52		45			1		14		

O4	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CONFORM	14	70%	3	22%	23	11	50%	9	22%	11
ECART	3	15%	3	39%	19	5	23%	16	39%	5
QUESTION	3	15%	2	39%	19	6	27%	16	39%	6
TOTAL	20		41			22		41		

O5	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CONFORM	9	60%	1	100%	10	20	41%	4	15%	24
ECART	1	7%	0	0%	1	13	27%	17	65%	30
QUESTION	5	33%	0	0%	5	16	33%	5	19%	21
TOTAL	15		1			49		26		

O6	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CONFORM	44	81%	21	60%	65	0	0%	1	25%	1
ECART	2	4%	3	9%	5	0	0%	1	25%	1
QUESTION	8	15%	11	31%	19	0	0%	2	50%	2
TOTAL	54		35			0		4		

07	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CONFORM	0	0%	0	0%	0	8	80%	7	39%	15
ECART	0	0%	0	0%	0	1	10%	6	33%	7
QUESTION	0	0%	0	0%	0	1	10%	5	28%	6
TOTAL	0		0			10		18		

Bloc cardiologie

A la différence du bloc orthopédie, c'est l'équipe au bloc cardiologie qui s'écarte davantage de la règle (plus que le responsable) en Sn. Le responsable, en revanche, questionne davantage la règle que son équipe en S0 (à l'instar du bloc orthopédie) comme en Sn (à la différence du bloc orthopédie).

- **Conformité** : l'équipe comme le responsable se conforment moins à la règle en Sn.
- **Ecart/adaptation** : l'équipe comme le responsable s'écartent davantage de la règle en situation dégradée voire même l'adaptent davantage.
- **Questionnement** : l'équipe comme le responsable questionnent davantage la règle en situation dégradée ; la tendance est plus nette qu'au bloc orthopédie.

S0 : l'agencement en S0 se caractérise par la conformité à la règle pour l'équipe et le responsable.

Sn : l'agencement en Sn se caractérise par l'écart voire l'adaptation de la règle pour l'équipe et le responsable ; le questionnement de la règle est supérieur en Sn pour l'équipe comme pour le responsable mais reste inférieur à l'écart.

O1	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CONFORM	42	100%	2	50%	44	10	100%	10	59%	20
ECART	0	0%	2	50%	2	0	0%	4	24%	4
QUESTION	0	0%	0	0%	0	0	0%	3	18%	3
TOTAL	42		4			10		17		

O2	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CONFORM	57	100%	5	29%	62	3	60%	3	19%	6
ECART	0	0%	10	59%	10	0	0%	9	56%	9
QUESTION	0	0%	2	12%	2	2	40%	4	25%	6
TOTAL	57		17			5		16		

O3	EQUIPE				TOTAL
	S0		Sn		
CONFORM	52	91%	11	65%	63
ECART	1	2%	3	18%	4
QUESTION	4	7%	3	18%	7
TOTAL	57		17		

O4	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CONFORM	34	97%	4	20%	38	16	67%	3	25%	19
ECART	0	0%	15	75%	15	3	13%	6	50%	9
QUESTION	1	3%	1	5%	2	5	21%	3	25%	8
TOTAL	35		20			24		12		

O5	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CONFORM	58	94%	8	24%	66	4	100%	4	29%	8
ECART	0	0%	20	61%	20	0	0%	8	57%	8
QUESTION	4	6%	5	15%	9	0	0%	2	14%	2
TOTAL	62		33			4		14		

O6	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CONFORM	62	100%	3	38%	65	17	94%	1	33%	18
ECART	0	0%	4	50%	4	1	6%	1	33%	2
QUESTION	0	0%	1	13%	1	0	0%	1	33%	1
TOTAL	62		8			18		3		

Objectifs poursuivis lors de la mobilisation de la règle

Bloc orthopédie

La règle est autant rappelée par le responsable que par l'équipe en S0 ; en Sn, elle est davantage rappelée par l'équipe. La règle est davantage utilisée par l'équipe pour légitimer ses actions en S0 ; en Sn, cette tendance s'inverse. La règle est aussi davantage actualisée par le responsable en Sn.

- **Rappel de la règle** : le recours à la règle pour la rappeler à son interlocuteur diminue en situation dégradée (car le rappel à la règle implique souvent la conformité tandis qu'en Sn, la tendance est davantage à l'écart à la règle), pour l'équipe comme pour le responsable.
- **Actualisation de la règle** : l'actualisation de la règle (nouvelle règle de fonctionnement mise en place) augmente en Sn pour l'équipe comme pour le responsable.
- **Légitimation de l'action par la règle** : le recours à la règle pour légitimer ses actions est mitigé pour l'équipe (augmente plus ou moins en Sn) ; en revanche, le responsable a davantage recours à la règle en Sn pour légitimer ses actions.

La règle est principalement mobilisée par l'équipe pour la rappeler, en S0 comme en Sn.

En ce qui concerne le responsable, l'agencement en situation normale se caractérise principalement par un rappel de la règle ; en Sn, le rappel de la règle est encore prégnant mais il diminue et le recours à la règle poursuit alors d'autres objectifs : ceux d'actualisation de la règle et de légitimation de ses actes à travers la règle.

O1	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
RAPPEL	8	80%	4	80%	12	3	100%	2	67%	5
ACTUAL	1	10%	0	0%	1	0	0%	1	33%	1
LEGITIMAT	1	10%	1	20%	2	0	0%	0	0%	0
TOTAL	10		5			3		3		

O2	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
RAPPEL	9	100%	5	100%	14	1	100%	0	0%	1
ACTUAL	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	0
LEGITIMAT	0	0%	0	0%	0	0	0%	1	100%	1
TOTAL	9		5			1		1		

O3	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
RAPPEL	10	83%	4	80%	14	0	0%	1	33%	1
ACTUAL	1	8%	1	20%	2	0	0%	1	33%	1
LEGITIMAT	1	8%	0	0%	1	0	0%	1	33%	1
TOTAL	12		5			0		3		

O4	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
RAPPEL	5	83%	1	33%	6	3	43%	8	33%	11
ACTUAL	0	0%	1	33%	1	3	43%	8	33%	11
LEGITIMAT	1	17%	1	33%	2	1	14%	8	33%	9

TOTAL	6		3			7		24		
-------	---	--	---	--	--	---	--	----	--	--

O5	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
RAPPEL	8	89%	9	100%	17	0	0%	1	100%	1
ACTUAL	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	0
LEGITIMAT	1	11%	0	0%	1	0	0%	0	0%	0
TOTAL	9		9			0		1		

O6	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
RAPPEL	0	0%	0	0%	0	1	100%	4	50%	5
ACTUAL	0	0%	0	0%	0	0	0%	3	38%	3
LEGITIMAT	0	0%	0	0%	0	0	0%	1	13%	1
TOTAL	0		0			1		8		

Bloc cardiologie

A l'inverse de l'équipe, le responsable mobilise peu la règle en S0 ; davantage en Sn. L'équipe a ainsi tendance à davantage rappeler la règle en S0 mais la tendance s'inverse en Sn où c'est le responsable qui rappelle la règle. A l'instar du bloc orthopédie, la règle est davantage utilisée par l'équipe pour légitimer ses actions en S0 ; en Sn, cette tendance s'inverse. La règle n'est pas actualisée au bloc cardiologie (elle l'est puisque les pratiques des médecins changent par exemple, mais il est vrai qu'il y a moins de matériel donc moins de changement sur ce plan ; dans tous les cas, il n'y a pas de verbalisation des changements « officiels » de la règle).

- **Rappel de la règle** : le recours à la règle pour la rappeler à son interlocuteur semble diminuer en situation dégradée pour l'équipe ; la tendance est moins nette pour le responsable, on ne peut pas conclure.
- **Actualisation de la règle** : au bloc cardiologie, l'actualisation de la règle est faible voire inexistante par rapport au bloc orthopédie.
- **Légitimation de l'action par la règle** : le recours à la règle en Sn pour légitimer ses actions diminue pour l'équipe ; en revanche, à l'instar du bloc orthopédie, le responsable a davantage recours à la règle en Sn pour légitimer ses actions.

La règle est principalement mobilisée par l'équipe pour la rappeler, en S0 comme en Sn ; dans une moindre mesure, elle est aussi utilisée pour légitimer ses actes par l'équipe en S0.

En ce qui concerne le responsable, l'agencement en situation normale se caractérise uniquement par un rappel de la règle ; en Sn, le rappel de la règle est encore prégnant mais le recours à la règle poursuit aussi parfois d'autres objectifs : ceux de légitimation de ses actes à travers la règle.

O1	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
RAPPEL	0	0%	0	0%	0	1	100%	3	75%	4
ACTUAL	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	0
LEGITIMAT	0	0%	0	0%	0	0	0%	1	25%	1
TOTAL	0		0			1		4		

O2	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
RAPPEL	1	50%	1	100%	2	0	0%	2	100%	2
ACTUAL	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	0
LEGITIMAT	1	50%	0	0%	1	0	0%	0	0%	0
TOTAL	2		1			0		2		

O3	EQUIPE				TOTAL					
	S0		Sn							
RAPPEL	3	75%	1	100%	4					
ACTUAL	0	0%	0	0%	0					
LEGITIMAT	1	25%	0	0%	1					
TOTAL	4		1			0		0		

O4	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
RAPPEL	1	50%	0	0%	1	3	100%	3	75%	6
ACTUAL	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	0
LEGITIMAT	1	50%	0	0%	1	0	0%	1	25%	1
TOTAL	2		0			3		4		

O5	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
RAPPEL	2	100%	0	0%	2	0	0%	0	0%	0
ACTUAL	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	0
LEGITIMAT	0	0%	0	0%	0	0	0%	2	100%	2
TOTAL	2		0			0		2		

O6	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
RAPPEL	1	100%	0	0%	1	0	0%	1	100%	1
ACTUAL	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	0
LEGITIMAT	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	0
TOTAL	1		0			0		1		

Spécificité de la nature de la règle

Bloc orthopédie

Les normes tacites de fonctionnement ne concernent pas le responsable, ni en S0, ni en Sn. Elles sont relativement importantes pour l'équipe en S0. Le responsable mobilise autant que l'équipe les règles porteuses d'efficacité en S0 ; en Sn, l'équipe mobilise davantage les normes d'efficacité que le responsable.

Mobilisation = conformité, écart ou questionnement à la règle (pas nécessairement verbalisation).

- **Code** : la mobilisation de codes (normes tacites de fonctionnement, convenues entre l'équipe) diminue en S_n : ces normes établies sur la base d'une situation normale entre les acteurs ne peuvent plus être appliquées ou utilisées en situation perturbée ; le responsable ne mobilise que très peu de codes en S₀ comme en S_n, en comparaison avec son équipe.
- **Efficacité** : au contraire, la mobilisation de règles porteuses d'optimisation, d'efficacité augmente en situation dégradée pour l'équipe comme pour le responsable (mais la tendance est moins nette pour le responsable que pour l'équipe) = **un résultat important : résolution des perturbations et préoccupations en matière d'optimisation du bloc ne semblent pas incompatibles.**

En S₀ comme en S_n, pour l'équipe comme pour le responsable, les normes d'efficacité dominent les situations, au détriment des codes convenus au sein de l'équipe (relativement importants mais minoritaires uniquement en S₀ et pour l'équipe).

O1	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CODE	2	29%	1	20%	3	0	0%	0	0%	0
EFFICACITE	5	71%	4	80%	9	0	0%	0	0%	0
TOTAL	7		5			0		0		

O2	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CODE	2	33%	0	0%	2	0	0%	0	0%	0
EFFICACITE	4	67%	5	100%	9	0	0%	2	100%	2
TOTAL	6		5			0		2		

O3	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CODE	6	30%	2	25%	8	0	0%	0	0%	0
EFFICACITE	14	70%	6	75%	20	1	100%	0	0%	1
TOTAL	20		8			1		0		

O4	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CODE	3	33%	0	0%	3	1	25%	0	0%	1
EFFICACITE	6	67%	1	100%	7	3	75%	1	100%	4
TOTAL	9		1			4		1		

O5	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CODE	1	14%	0	0%	1	0	0%	0	0%	0
EFFICACITE	6	86%	1	100%	7	4	100%	0	0%	4
TOTAL	7		1			4		0		

O6	EQUIPE		TOTAL	RESPONSABLE		TOTAL
	S0	Sn		S0	Sn	

CODE	1	7%	1	17%	2	0	0%	0	0%	0
EFFICACITE	14	93%	5	83%	19	0	0%	0	0%	0
TOTAL	15		6			0		0		

O7	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CODE	0	0%	0	0%	0	1	50%	0	0%	1
EFFICACITE	0	0%	0	0%	0	1	50%	1	100%	2
TOTAL	0		0			2		1		

Bloc cardiologie

Les normes tacites de fonctionnement ne concernent pas le responsable du bloc cardiologie (à l'instar du bloc orthopédie), ni en S0, ni en Sn. L'équipe mobilise davantage les règles porteuses d'efficacité en S0 comme en Sn. **D'une manière générale peu de codes mobilisés par l'équipe du bloc cardiologie par rapport à l'équipe du bloc orthopédie : jusqu'à 6 utilisations par l'équipe d'orthopédie sur une journée ; maximum 3 utilisations par l'équipe de cardiologie sur une journée. A rapprocher de l'identité collective plus faible au bloc cardiologie.**

- **Code** : la mobilisation de codes (normes tacites de fonctionnement, convenues entre l'équipe) augmente légèrement ou se maintient en Sn, à la différence du bloc orthopédie ; le responsable ne mobilise pas de codes en S0 comme en Sn.
- **Efficacité** : au contraire, et à l'inverse du bloc orthopédie, la mobilisation de règles porteuses d'optimisation, d'efficacité diminue en situation dégradée pour l'équipe ; la tendance n'est pas suffisamment nette pour conclure en ce qui concerne le responsable.

En S0 comme en Sn, et à l'instar du bloc orthopédie, pour l'équipe comme pour le responsable, les normes d'efficacité dominent les situations, au détriment des codes convenus au sein de l'équipe.

O1	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CODE	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	0
EFFICACITE	1	100%	0	0%	1	1	100%	0	0%	1
TOTAL	1		0			1		0		

O2	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CODE	1	20%	1	50%	2	0	0%	0	0%	0
EFFICACITE	4	80%	1	50%	5	0	0%	0	0%	0
TOTAL	5		2			0		0		

O3	EQUIPE				TOTAL
	S0		Sn		
CODE	2	50%	0	0%	2
EFFICACITE	2	50%	0	0%	2
TOTAL	4		0		

O4	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CODE	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	0
EFFICACITE	3	100%	2	100%	5	0	0%	0	0%	0
TOTAL	3		2			0		0		

O5	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CODE	1	25%	1	50%	2	0	0%	0	0%	0
EFFICACITE	3	75%	1	50%	4	0	0%	1	100%	1
TOTAL	4		2			0		1		

O6	EQUIPE				TOTAL	RESPONSABLE				TOTAL
	S0		Sn			S0		Sn		
CODE	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	0
EFFICACITE	1	100%	0	0%	1	0	0%	0	0%	0
TOTAL	1		0			0		0		

2. EXEMPLES DE FICHES DE SYNTHÈSE

2.1. Les éléments structurants de l'agencement en situation normale et perturbée

Les éléments structurants de l'agencement, en S0 comme en Sn

COMMUNICATION : les échanges de médiation, et dans une moindre mesure les annonces et les échanges experts. Les prescriptions sont également dominantes dans les deux types de situation : au bloc orthopédie, les prescriptions venant de l'équipe ; au bloc cardiologie, les prescriptions venant du médecin.

REGLE :

Dans les deux types de situations, la règle est relativement questionnée par les personnels ; dans ces deux situations (mais d'une manière moins importante en Sn), la conformité à la procédure est importante (en Sn : les « événements routiniers »). La règle, en S0 comme en Sn, est principalement mobilisée (verbalisée) pour la rappeler.

Bloc cardiologie : la règle n'est pas actualisée, ni en S0, ni en Sn ; il n'y a pas de verbalisation « officielle » des changements qui s'opèrent bien que dans la pratique, les règles changent (les praticiens changent leur pratique...).

Les règles cherchant à optimiser le fonctionnement, incitant à l'efficacité, sont dominantes, en S0 comme en Sn.

RELATIONS :

Le soutien entre les personnels poursuit des objectifs tournés vers le patient (sa sécurité, son bien-être...) en S0 comme en Sn.

Au bloc cardiologie, en S0 comme en Sn, le soutien au sein de l'équipe poursuit des objectifs d'efficacité. Peu de soutien qui s'appuie sur de bonnes relations personnelles.

ESPACE :

L'espace central est primordial en S0 comme en Sn. La logique de proximité est elle-aussi importante dans les deux types de situation.

Nos observations témoignent du faible nombre de dénouements de situation lors de croisement dans le couloir (renvoie à l'agencement des lieux) que ça soit en situation normale ou perturbée : les échanges s'effectuent alors en des lieux organisés (outillés) (salle de commande ou d'orientation, bureau du responsable) ou auprès des médecins (salle de commande, salles d'opérations). Le rôle des agencements favorisant l'optimisation des déplacements (passage) (dispositions des matériels...) est peu important dans l'agencement d'une situation normale comme perturbée.

TELEPHONE :

En S0 comme en Sn et pour les deux blocs, nous décomptons davantage d'appels sortants qu'entrants, ce qui montre bien l'importance du bloc opératoire dans la structuration de l'activité des autres services.

OUTILS :

Bloc orthopédie : consultation de l'outil informatique importante en S0 comme en Sn ; questionnement fréquent de l'outil.

Bloc cardiologie : alimentation de l'outil informatique importante en S0 comme en Sn.

Les éléments structurants de l'agencement, en S0

COMMUNICATION - voir détail fiche communication

Il existe de nombreuses situations au cours desquelles il n'y a pas d'échange. C'est particulièrement le cas pour le bloc cardiologie (jusqu'à 50% de l'agencement) :

- Les acteurs exécutent alors leur travail de manière silencieuse, parallèlement aux autres acteurs (simultanéité en salle d'orientation ou en salle d'opération) : ils exécutent ce travail conformément à la procédure (CONFORM REGLE), pas besoin de se parler, ils savent ce qu'ils ont à faire ; la conformité à la procédure est ainsi dominante en situation normale.
- Par ailleurs, les acteurs peuvent être impliqués dans des situations « silencieuses » lorsqu'ils mobilisent des outils, soit pour les alimenter (mise à jour du programme, du cahier de transmission, des tableaux muraux...), soit pour les consulter ou encore pour réfléchir sur cette base à l'organisation future (« Travail » : organisation du bloc, du déjeuner.... Ceci est particulièrement vrai pour le responsable).
- Enfin, les acteurs peuvent être impliqués dans des situations sans activité verbale lorsqu'ils recueillent des informations par la vue (importance des portes vitrées sur cet aspect).

Bloc cardiologie :

- Peu d'échange (suivre le protocole, activité parallèle sans se parler).
- Peu d'échanges personnels (à rapprocher de la conception des espaces de travail : pas d'espace pour le faire, pas de constitution de l'identité collective).

Bloc orthopédie : De nombreux échanges personnels.

REGLE

La conformité à la procédure est dominante en S0. La règle est principalement verbalisée pour la rappeler en S0, au bloc orthopédie comme au bloc cardiologie.

Bloc orthopédie :

- Nombreuses règles tacites de fonctionnement, convenues entre les personnels. Type de règles jamais mobilisé par le responsable.

Bloc cardiologie :

- Peu de règles tacites de fonctionnement, convenues entre les personnels par rapport au bloc orthopédie : à rapprocher de l'identité collective, moins importante au bloc cardiologie.

RELATIONS - voir détail fiche relation

Soutien tourné vers le patient.

Soutien au collègue surtout tourné vers l'efficacité.

Bloc orthopédie : davantage de relations au sein de l'équipe qu'au bloc cardiologie et déjà quelques conflits. Peu de relations personnelles tissées entre l'équipe et les responsables (se fait en salle) ; aucune relation positive entre médecins et responsables (pas d'espace commun puisque le seul espace commun entre personnel et médecins au bloc orthopédie est en salle mais le responsable n'y est pas).

Bloc cardiologie : davantage de relations avec le médecin qu'au bloc orthopédie.

ESPACES

- La majeure partie des actions et des interactions se déroule dans l'espace central du bloc opératoire, la salle de regroupement et de croisement des acteurs (salle d'orientation ou salle de commande).
- Une grande partie des actions se déroule de manière simultanée entre les personnes en S0, sans qu'il n'y ait besoin de se parler. La conformité à la procédure est alors dominante.
- A de nombreuses reprises, les acteurs sollicitent des personnes à proximité : où l'on voit que la conception des espaces de travail est essentielle, les salles étant proches les unes des autres, les acteurs vont plus facilement pouvoir se solliciter entre eux.

Bloc orthopédie :

- L'espace central du bloc est propice à la constitution d'une identité collective, à la différence du bloc cardiologie : les échanges personnels et les jugements sur les comportements (particulièrement des médecins) y sont nombreux. Au sein du bloc,

différents lieux vont favoriser la constitution d'une identité collective au sein de l'équipe (salle d'orientation, salle de pause).

Bloc cardiologie :

- Les actions simultanées (sans avoir besoin de se parler) sont plus nombreuses au bloc cardiologie qu'au bloc orthopédie.
- De la même manière, le bloc cardiologie étant plus petit, la sollicitation de personnes à proximité est plus importante qu'au bloc orthopédie (idem en Sn même si cette tendance s'estompe).

TELEPHONE

Au bloc orthopédie comme au bloc cardiologie, le téléphone est principalement vécu comme une intrusion.

Il est autant utilisé pour ses fonctions d'alerte et d'immédiateté, dans les deux blocs :

Au bloc orthopédie :

- L'utilisation de ces fonctions du téléphone se justifie dans une grande partie des cas par le fait que la situation, même si elle est redevenue conforme à la situation programmée (à la norme de fonctionnement, à la procédure), a vu naître des problèmes qui ont été réglés : bien que la situation soit redevenue normale, il faut prévenir les acteurs (alerte) ou obtenir/transmettre des informations complémentaires (fonction d'immédiateté).
- Au sein de ce bloc, l'équipe utilise également en S0 le téléphone pour des appels visant des actions lointaines (« distant ») donc pour des appels tournés vers le futur (organisation future : matériel...).

OUTILS - voir détail fiche outil

Pour les deux blocs, alimentation de l'outil papier.

Pour les deux blocs, usage conforme de l'outil à l'utilisation prévue pour les outils papiers comme informatiques mais massivement pour les outils informatiques (aucun usage déviant en S0).

Bloc orthopédie :

- Outil papier également utilisé comme support à la réflexion.
- Les outils papiers principalement utilisés sont les outils de conception de l'organisation et de médiation ; les trois types d'outils informatiques sont autant utilisés en S0 au bloc orthopédie.

Bloc cardiologie :

- Les outils papiers et informatiques principalement mobilisés sont ceux de mémorisation (notamment traçabilité).

Les éléments structurants de l'agencement, en Sn.

COMMUNICATION - voir détail fiche communication

En situation perturbée, nos résultats confirment les écrits de différents chercheurs, notamment Zarifian (1995) puisque l'on voit que l'activité communicationnelle augmente fortement en Sn pour les deux blocs, pour l'équipe comme pour le responsable (les absences d'échanges diminuent systématiquement). Toutefois, il existe encore quelques situations dans lesquelles il n'y a pas d'échange entre les acteurs en Sn. L'activité principale concerne alors l'alimentation de l'outil informatique ou papier.

- Les acteurs sont davantage force de proposition.
- Les échanges personnels sont moins importants.

Bloc orthopédie :

- Les prescriptions provenant de l'équipe augmentent par rapport à la situation normale (à rapprocher du rôle de la coordinatrice).
- Les jugements sur les comportements sont importants (à rapprocher de la conception des espaces : la salle d'orientation).

- Les confrontations sont faibles (à rapprocher de la conception des espaces : pas de médecins en salle d'orientation).

Bloc cardiologie : le médecin est davantage mobilisé. *Résultats :*

- Les prescriptions provenant du médecin augmentent en situation perturbée (à rapprocher de la conception des espaces : présence des médecins en salle de commande).
- Les confrontations sont importantes (idem que précédemment).
- Les jugements sur les comportements sont inexistantes (à rapprocher de la conception des espaces : la salle de commande).

SO / DETER & INDETER D'une manière générale, les situations présentant des incertitudes (des rumeurs, des inconnus) augmentent en Sn.

REGLE

Pour le bloc orthopédie comme le bloc cardiologie, les acteurs ont tendance à s'écarter de la règle, à l'adapter, en Sn. Ils sont également amenés à la questionner davantage en situation perturbée qu'en situation normale. Toutefois, il est à noter qu'en situation perturbée, les acteurs n'adaptent pas systématiquement les règles et les procédures et se conforment parfois à celles-ci lorsqu'ils sont confrontés à un problème : « événements routiniers ».

Au **bloc orthopédie**, les acteurs verbalisent la règle en Sn autant pour la rappeler que pour l'actualiser et légitimer leurs actes.

Au **bloc cardiologie**, l'équipe ne verbalise pas la règle en Sn.

La mobilisation de normes tacites de fonctionnement convenues entre l'équipe est faible en situation perturbée : ces normes établies sur la base d'une situation normale entre les acteurs ne peuvent plus être appliquées ou utilisées en situation perturbée.

La mobilisation de normes d'efficacité domine l'agencement en Sn.

RELATIONS - voir détail fiche relation

Bloc orthopédie :

- La relation à l'équipe se caractérise par un soutien (non tourné vers l'efficacité, s'appuie davantage sur les relations personnelles qu'entretiennent les acteurs entre eux) mais aussi des conflits importants.
- Les conflits avec les unités connexes sont également importants en Sn (création d'identité collective / liée à des comportatifs ; possibilité de s'exprimer au sein de l'équipe sur ces conflits puisque ceux-ci concernent des personnes éloignées géographiquement).

Bloc cardiologie :

- La relation au médecin domine l'agencement, et principalement des conflits avec les médecins.

ESPACES

- En Sn, les équipes du bloc orthopédie et cardiologie ont, comme en S0, fortement recours à l'espace central et collectif de travail.
- La logique de proximité est là encore importante pour les deux blocs, soutenue en cela par des conceptions architecturales aidantes (objets de communication en face à face davantage sollicités en Sn). Elle est plus importante au bloc cardiologie (en retour, une plus faible utilisation du téléphone).
- Mais la sollicitation des personnes à proximité ne suffit pas en Sn : la sollicitation de personnes éloignées est-elle aussi importante, particulièrement pour le bloc orthopédie → à relier avec usage du téléphone en hausse en Sn + hausse des conflits avec les services satellites pour le bloc orthopédie.

Bloc orthopédie : le rôle joué par la salle d'orientation reste très important dans le cadre de situations perturbées mais diminue toutefois. Se substitue alors une logique de proximité entre les différents lieux (aller chercher les informations en ces différents lieux directement : bureau du responsable, salles d'opérations... et non attendre de les obtenir en salle d'orientation au gré des acteurs qui y passent), mais également une logique d'éloignement : dans le cas de situations

perturbées, il faut recueillir ou transmettre des informations (qui ne vont pas de soi, différent du programme préétabli) auprès d'acteurs éloignés géographiquement (part « proximité » et « éloignement » augmente dans l'agencement).

Bloc cardiologie : à la différence du bloc orthopédie, l'équipe va davantage recourir à l'espace central en situation perturbée. Ceci s'explique par la présence des médecins dans cet espace, médecins que l'équipe sollicite davantage en situation perturbée pour qu'ils prennent les décisions.

TELEPHONE

La fonction dominante est la fonction d'alerte, pour les deux blocs : l'équipe mobilise le téléphone pour prévenir (la notion de « prévenir » : souvent liée à un événement, une information qu'il faut donner aussitôt et qui sort du cadre programmé) ou est mobilisée via le téléphone pour être prévenue.

Dans une moindre mesure, l'équipe mobilise le téléphone pour obtenir des informations ou est mobilisée à travers le téléphone pour donner des informations (immédiateté).

Bloc orthopédie :

- Le téléphone est davantage utilisé en Sn.
- La fonction d'alerte et d'immédiateté du téléphone est autant utilisée par l'équipe pour joindre des personnes à proximité qu'éloignées géographiquement.

Bloc cardiologie :

- Pas nécessairement plus utilisé en Sn : un bloc plus petit, la résolution des problèmes s'effectue en face à face ; logique de proximité.
- Ainsi, la fonction d'alerte et d'immédiateté du téléphone est utilisée au bloc cardiologie pour joindre des personnes éloignées géographiquement : le contact avec les personnes à proximité en cas de problèmes s'effectue donc par un autre moyen. Beaucoup d'interactions liées à une situation perturbée se passent en face en face ➔ prédominance des interactions liées à proximité en situation perturbée au bloc cardiologie.

OUTILS - voir détail fiche outil

Plutôt consultation de l'outil papier.

Pour les deux blocs, usage de l'outil informatique pour contrôler (surtout par le responsable).

Les outils papiers utilisés par les deux blocs sont des outils de conception de l'organisation et de mémorisation.

Pour les deux blocs, usage des outils papiers principalement de manière déviante, même si la conformité reste importante.

Au bloc orthopédie, l'adaptation de l'outil vise à titre principal, pour l'équipe comme pour le responsable, à rendre l'outil plus flexible (pour travailler sur cette base principalement) ou à rendre l'information plus rapidement visible & accessible (dimension d'alerte), en S0 comme en Sn. L'adaptation au bloc orthopédie concerne aussi pour une autre partie l'adaptation d'outils par le responsable dans une optique de légitimation (preuve pour la comptabilité, justification auprès du médecin...) et donc un détournement de la fonction d'origine de l'outil : l'adaptation concerne alors davantage la fonction poursuivie que la forme, au contraire de l'adaptation visant à davantage de flexibilité ou à augmenter la dimension d'alerte.

Au bloc cardiologie, l'adaptation des outils est beaucoup moins importante. Elle concerne uniquement la volonté d'accroître la flexibilité ou la dimension d'alerte de l'outil.

Peu d'outils qui intègrent cette dimension d'alerte (quelques outils de mémorisation seulement) ou ce besoin de flexibilité sont prévus par l'organisation.

Bloc orthopédie :

- Usage de l'outil papier pour légitimer ses actes (ses comportements, ses décisions...). Surtout par le responsable mais aussi dans une moindre mesure par l'équipe.
- Les outils informatiques utilisés à titre principal sont des outils de conception de l'organisation.

- Les outils informatiques sont, comme en S0, utilisés dans une logique conforme à celle prévue initialement (caractère rigide de l'outil). Les adaptations passent par le recours au papier.

Bloc cardiologie :

- Les outils informatiques utilisés à titre principal sont des outils de mémorisation, à l'instar des S0.
- Les outils informatiques sont à l'instar des outils papiers utilisés de manière déviante, détournée de l'usage prévu initialement, mais la conformité demeure importante (caractère rigide de l'outil).

2.2. Les éléments structurants de l'agencement en situation indéterminée, selon la nature de l'indétermination

Comment les acteurs obtiennent-ils les informations en situation indéterminée ?

Indéterminations sur le matériel

Bloc orthopédie

Equipe

Pour obtenir des informations sur des incertitudes au niveau du matériel, l'équipe sollicite à titre principal un collègue (MOB (COLL)), celui qui, à travers le poste qu'il occupe peut lui transmettre l'information (MEDIATION) : l'information provient donc du travail occupé plus que de l'expérience ou du savoir-faire technique possédé par un acteur et reconnu par l'équipe. L'équipe sollicite cet acteur à titre principal au sein de la salle d'orientation, à la fois lieu de regroupement, de travail (infirmière de caddy majoritairement sollicitée puisque son travail porte sur le matériel) et de croisement des acteurs).

Responsable

Pour obtenir des informations sur des incertitudes au niveau du matériel, le responsable sollicite à titre principal un collègue (MOB (COLL)) mais aussi ses subordonnés ou son responsable ou encore les laboratoires. Il n'a jamais recours aux médecins. Il sollicite davantage ces acteurs parce qu'il leur reconnaît un savoir-faire technique que du fait du poste occupé (EXPERT). Il les sollicite à de nombreuses reprises par TELEPHONE (obtenir un interlocuteur précis, à la différence de l'équipe qui questionne en salle d'orientation les acteurs qui s'y trouvent) ; par ailleurs, du fait de la proximité de son bureau, au sein même du bloc (PROXIMATE), il entend et voit (ENTENDRE/VOIR) un certain nombre de situations ou d'acteurs et est amené de cette façon à poser des questions ou à fournir des réponses afin d'éclaircir les incertitudes au niveau du matériel. Enfin, il est amené à mobiliser les outils informatiques (le programme opératoire) et papiers (outils de médiation : des photos, qu'il mobilise au sein d'un collectif (en complément de la mobilisation d'un acteur)) pour élucider certaines incertitudes en termes de matériel. Il a toujours recours à ces outils conformément à la logique d'utilisation institutionnalisée.

Au bloc orthopédie, l'équipe comme le responsable a donc très peu recours au médecin pour obtenir des informations sur le matériel, à la différence du bloc cardiologie. Cette remarque est intéressante car les incertitudes sur le matériel pourraient être résolues directement en sollicitant le médecin (quel matériel préfère-t-il, comment a-t-il trouvé le dernier matériel commandé par la clinique...). Mais les acteurs du bloc préfèrent « remonter toute la chaîne » (des personnes présentes en orientation) jusqu'à trouver un interlocuteur autre le médecin qui possède l'information (le panseur en salle avec lui ce jour là, son aide-opératoire...). Ainsi, au bloc orthopédie, les situations de CONFRONTATION directes entre l'équipe/responsable et le médecin sont rares voire inexistantes, à la différence du bloc cardiologie. Ceci tient notamment au fait que les médecins sont absents de la salle d'orientation. Il n'y a donc pas d'endroits où les croiser (hormis le couloir) sans les déranger en salle quand ils sont tournés vers une trajectoire-patient particulière (présent).

Bloc cardiologie

Equipe

Pour obtenir des informations sur des incertitudes au niveau du matériel, l'équipe sollicite à titre principal le médecin (MOB (MED)) ; elle joue ainsi bien souvent sur la proximité des lieux au bloc cardiologie (PROXIMATE) (entre les salles d'opération, la salle de commande et le sas patient) et se rend notamment souvent en salle de commande (CENTRAL) pour solliciter le médecin occupé à

rédiger un compte-rendu opératoire. Les échanges d'informations visant à réduire l'incertitude de la situation s'exercent ainsi sur un mode prescriptif, que ça soit entre médecin-infirmière (PRESCRIPTION (DV)) ou entre collègues (PRESCRIPTION (DH)). Ces échanges entre le médecin et l'équipe donnent fréquemment lieu à des conflits (RELATION MED -), nous y revenons par la suite (*).

Responsable

Pour obtenir des informations sur des incertitudes au niveau du matériel, le responsable sollicite autant ses subordonnés que les médecins. En réalité, il est davantage amené à recueillir par lui-même l'information dont il a besoin, à travers la vue (VOIR) sur les salles d'opération qu'autorisent les vitres de la salle de commande (CENTRAL) ou à travers le programme opératoire informatisé qu'il est parfois amené à consulter dans une logique de conformité (MOB (OUTIL)). La proximité (PROXIMITE) de son bureau (au sein du bloc), lui permet de se rendre dès qu'il a besoin en salle de commande, ou de solliciter rapidement un acteur. Le responsable va donc chercher l'information, et peut ainsi réduire l'incertitude des situations en faisant appel à son expérience (il émet ainsi des SUPPOSITIONS au regard de cette expérience).

Indétermination sur la procédure

Bloc orthopédie

Equipe

Concernant les incertitudes sur la procédure, l'équipe est très logiquement fréquemment amenée à questionner la règle (la procédure). Elle sollicite tout autant les médecins que les collègues, à la différence du matériel. Elle sollicite particulièrement les médecins par téléphone, à la différence du bloc cardiologie où les médecins sont accessibles dans la salle de commande. De fait, concernant les indéterminations liées à la procédure, l'architecture ne joue pas un rôle important. Les échanges se déroulent parfois sous une forme prescriptive entre le médecin et l'équipe mais cette dernière est aussi force de proposition (PROPOSITION ; SUPPOSITION).

Responsable

En ce qui concerne les incertitudes liées à la procédure, à l'instar de l'équipe, le responsable est fréquemment amené à questionner la règle. Là encore, il ne sollicite jamais les médecins (à l'inverse de son équipe). Il sollicite à titre principal ses subordonnés mais peut parfois être amené à faire appel à des personnes extérieures à son bloc (responsable, collègues). Il utilise ainsi à titre principal le téléphone pour prendre contact avec ces acteurs, l'architecture ne jouant pas un rôle important sur cet aspect. Contrairement au matériel, il sollicite cette fois les personnels pour les informations qu'ils sont susceptibles de posséder, du fait du poste qu'ils occupent (MEDIATION), davantage qu'au regard du savoir-faire technique qu'il leur reconnaît. Enfin, il peut être amené à consulter le programme opératoire informatisé, conformément à l'utilisation prévue, afin d'élucider de manière autonome la situation.

Bloc cardiologie

Equipe

L'agencement sollicité par l'équipe, lorsqu'elle cherche à réduire l'incertitude d'une situation au niveau de la procédure, est très proche de celui mobilisé par l'équipe lorsque la situation est incertaine au niveau du matériel. Ainsi, le médecin est là encore mobilisé à titre principal par l'équipe qui le sollicite en face à face, généralement au sein de la salle de commande. Il est toutefois à mettre en évidence le caractère plus urgent qu'implique la résolution de telles incertitudes (concerne notamment des problèmes en salle : anesthésie, impossibilité de réaliser la procédure prévue...) qui conduit également les acteurs à appeler (cris) les médecins depuis la salle

d'intervention. Ici, la proximité des différentes salles du bloc cardiologie (exiguïté du bloc opératoire) jouent un rôle central (ENTENDRE). D'autre part, à la différence du matériel, l'équipe est amenée à donner des informations sur la situation (MEDIATION : le panseur a fait l'accueil du patient et peut sortir de la salle pendant l'intervention ; l'aide-opératoire et le panseur sont en salle au contraire du médecin-anesthésiste...) au médecin afin qu'il prenne une décision (prescription / décision) ou donne son accord (c'est lui l'expert). A l'instar des incertitudes liées au matériel, ces échanges équipe/médecin donnent lieu à de nombreuses confrontations (CONFRONTATION/RELATION MED -) et à l'existence d'un climat de travail dégradé entre équipe et médecins (*).

(*) Au bloc cardiologie, la majeure partie des confrontations avec le médecin (CONFRONTATION et RELATION MED -) concerne une situation indéterminée ou de manière encore plus forte une situation dans laquelle l'équipe réduit l'incertitude (au niveau du matériel ou de la procédure) : on le voit ci-dessus, l'équipe réduit souvent l'incertitude de la situation en sollicitant le médecin, grâce à un espace de travail commun, la salle de commande, à proximité de la salle d'opération. Or, cet espace détermine aussi des frontières entre les trajectoires et les temporalités : le médecin travaille en salle de commande sur la trajectoire du patient précédent (passé) puisqu'il rédige son compte-rendu. L'équipe travaille en salle d'opération sur la trajectoire suivante (future) puisqu'elle prépare la salle pour l'intervention du patient suivant. **Ces questions sur le matériel aboutissent donc à la confrontation de deux situations totalement différentes et ainsi à des conflits au sein du bloc cardiologie entre l'équipe et les médecins.**

Responsable

Pour réguler des situations présentant un fort degré d'incertitude au niveau de la procédure, le responsable, à l'instar de son équipe, sollicite à titre principal le médecin. Il est moins amené que son équipe à résoudre ce type de situations (moins dans les soins) et ses échanges avec le médecin sont moins conflictuels. A l'instar de son équipe, il transmet des informations sur la situation au médecin (principalement en face à face : rôle central joué par la salle de commande et la proximité des différents lieux au bloc cardiologie, notamment de son bureau implanté au centre du bloc) afin que celui-ci prenne des décisions (prescription). Contrairement à son équipe, il est davantage amené à mobiliser son expérience personnelle, en sus des sollicitations du médecin, pour réduire les incertitudes sur ces situations.

Indétermination sur le personnel

Bloc orthopédie

Equipe

Les indéterminations liées au personnel et gérées par l'équipe concernent la gestion ou plutôt la « vente » des urgences. L'incertitude concerne ainsi le médecin qui acceptera de prendre en charge l'urgence. Dans cette optique, l'interlocuteur privilégié est le médecin mais à la différence des incertitudes liées à la procédure, l'équipe le sollicite en face en face et non par téléphone. La proximité des salles d'opération et de la salle d'orientation est alors primordiale, ainsi que les trappes déployées sur les portes des salles d'intervention qui permettent de montrer un support (par exemple : la radio du patient que l'équipe tâche de « vendre »), afin de donner toutes les informations au médecin qui va prendre la décision ou donner son accord, ceci même lorsque l'intervention est en cours (au bloc orthopédie, on ne peut pas ouvrir les portes lorsque l'intervention a commencé, pour des raisons d'hygiène), permettant à l'équipe d'éclaircir la situation au plus vite afin d'être ensuite réactive dans l'organisation de l'urgence.

Responsable

Peu d'indéterminations concernant le personnel affectent le responsable puisque c'est lui qui gère les plannings des personnels.

Pour élucider ces situations, le responsable a uniquement recours à ses subordonnés et seulement par téléphone. Il les questionne pour les informations qu'ils possèdent à titre personnel (jours de disponibilités...) ou en fonction du poste occupé. Il est force de proposition et s'appuie sur des outils informatiques (mail, plannings de personnels, programmes opératoires...) qu'il utilise conformément à l'usage prévu initialement par les concepteurs.

Bloc cardiologie

Equipe

L'équipe est très peu amenée à réduire des incertitudes liées au personnel au bloc cardiologie (gestion du personnel prise en charge par le responsable ; pas d'urgence à « vendre » au contraire du bloc orthopédie, toutes les procédures sont déjà attribuées à un médecin (selon le type de procédure ajoutée en urgence et le médecin en vacation ce jour là, il n'y a qu'une seule solution puisque les 3 salles au bloc cardiologie sont spécialisées sur des procédures différentes). Elle peut parfois être amenée à chercher un acteur (collègue, médecin...) dont on a besoin en salle d'opération. Dans ce cas, l'équipe sollicite un collègue qui ne travaille pas en salle et qui est susceptible d'avoir vu cette personne, d'avoir l'information nécessaire (vision plus globale des trois salles, etc. : MEDIATION). Il le sollicite en face à face (APPELER/ENTENDRE) et la proximité des différentes salles joue alors un rôle important (par exemple : entendre qu'une personne a besoin d'une information).

Responsable

La gestion des situations présentant un haut niveau d'incertitude en matière de personnel implique concrètement pour le responsable de gérer des situations dans le présent (soutien aux subordonnés : par exemple, un acteur qui n'est pas formé sur telle procédure, faire face au sous-effectif...), ou orientées vers le futur (plannings de personnels). Le responsable sollicite ainsi à titre principal ses subordonnés pour obtenir des informations sur la situation présente (MEDIATION) ou pour leur faire des propositions sur la situation future, et prendre des décisions (prêt d'infirmiers entre bloc, telle personne prendra sa journée car le bloc est en sous-activité...). Il les mobilise par téléphone ou en face à face (rôle stratégique de l'emplacement de son bureau, au centre du bloc et donc à proximité de tous les espaces de travail). Les décisions concernent principalement une adaptation de la règle à la situation, que cette dernière soit présente ou tournée vers le futur. Concernant la gestion du futur, en parallèle des échanges avec ses subordonnés, le responsable consulte un outil informatique (les plannings de personnels, les programmes opératoires des jours à venir) de manière conforme à l'utilisation prévue par les concepteurs de l'outil.

Indétermination sur le patient

Bloc orthopédie

Equipe

L'équipe est la principale source d'élucidation des incertitudes qui concernent le patient pour la **simple et bonne raison qu'une partie de l'équipe n'est pas en salle** (coordinatrice, infirmière en « plus »...). Ainsi, cette partie de l'équipe est plus à même d'obtenir des informations sur les trajectoires suivantes de patients (ajouts par les urgences, caractéristiques du patient : ce sont les personnes qui ne sont pas en salle qui réalisent l'accueil du patient, etc.) puisqu'elles ne sont pas en salle sur la trajectoire présente d'un patient. De ce fait, les principales personnes sollicitées pour élucider une incertitude concernant un patient sont les collègues. On cherche alors à apprendre des informations qu'ils possèdent du fait du poste occupé (extérieur de la salle

d'opération) (MEDIATION). Pour cela, les acteurs passent principalement par le téléphone (de la salle d'intervention à l'extérieur, ou information provenant des urgences).

Responsable

Pas de résolution d'indétermination concernant le patient : le responsable n'est pas impliqué dans les soins au bloc orthopédie.

Bloc cardiologie

Equipe

L'incertitude liée aux patients concerne souvent des ajouts. Le téléphone joue alors un rôle central pour faire le lien entre le bloc et les services connexes (urgence, soins...). L'équipe est amenée à solliciter le médecin (obtenir son accord) tout autant qu'un collègue (avoir des informations sur cet ajout : MEDIATION).

Responsable

Le responsable sollicite à titre principal les médecins (en face à face : rôle joué par la salle de commande et l'emplacement stratégique de son bureau, à proximité des différents espaces de travail) pour obtenir leur accord ou l'outil informatique qu'il met en parallèle avec la règle pour recueillir des informations et donner par téléphone son accord au service qui propose cet ajout (urgence ou ordonnancement).

Indétermination sur les espaces de travail

Bloc orthopédie

Equipe

En ce qui concerne l'indétermination des espaces de travail, l'équipe cherche à adapter l'affectation de salles préétablies dans le programme à la situation actuelle (adaptation de la règle) afin de gagner en efficacité (faire tourner les médecins). A ce titre, elle sollicite principalement les médecins afin de leur suggérer une autre salle pour leurs futures interventions et obtenir leur accord : l'équipe est dans la proposition. Pour ce faire, elle ne mobilise pas le téléphone mais attend que le médecin soit sorti de la salle d'opération : elle le mobilise ainsi dans le couloir, lorsqu'elle l'aperçoit sortir de la salle. Mais l'acteur qui prend de telles décisions (le coordinateur) doit auparavant s'être constitué une vision globale de cette situation : la salle d'orientation joue alors un rôle central, de regroupement des acteurs, permettant au coordinateur de se constituer une vision globale en confrontant les informations partielles obtenues par différents acteurs en fonction des situations dans lesquelles ils ont été impliqués) (MEDIATION).

Responsable

Pas de résolution d'indétermination concernant les espaces de travail.

Bloc cardiologie

Equipe & Responsable

L'équipe, comme le responsable, est très peu amenée à résoudre des incertitudes concernant les espaces de travail puisque le bloc ne possède que 3 salles d'interventions et qu'il n'y a pas (ou peu), dans cet esprit, de système de rotation des salles mis en place. Lorsque le personnel du bloc cardiologie est amené à gérer des situations présentant une incertitude sur les espaces de travail, le responsable et l'équipe échangent ensemble pour se constituer une vision globale de la situation (MEDIATION = situation sur les trois salles), la confronter avec le savoir-faire technique de chacun (telle procédure ne peut se faire dans cette salle... puisque comme nous l'avons déjà indiqué,

chaque salle est spécifique à certaines procédures) (EXPERT). Le médecin est alors sollicité (face à face ou téléphone) pour lui faire la proposition qui a ainsi émergé, afin qu'il donne son accord sur cette adaptation (changement par rapport à la procédure). La régulation de cet aspect n'aboutit jamais à un consensus pour l'ensemble des acteurs (caractère inhabituel de ce type d'action) et donne ainsi lieu à certaines tensions au sein de l'équipe (CONFRONTATION / RELATION MED -).

Indétermination sur la temporalité dans le programme opératoire

Bloc orthopédie

Equipe

L'équipe mobilise autant les médecins que les collègues, soit en allant les voir directement (proximité des lieux et rôle de la trappe pour échanger même lorsqu'une intervention est en cours), soit à travers le téléphone. Elle sollicite les collègues pour obtenir des informations sur la situation, détenues selon le poste occupé (MEDIATION) (retard pris par un médecin, demande de changement dans l'ordre du programme en ambulatoire...) ; elle sollicite le médecin pour des réorganisations dans le programme au cours de la journée opératoire (en fonction des informations obtenues précédemment) : elle est alors force de proposition auprès du médecin (PROPOSITION, SUPPOSITION) qui prend finalement la décision (PRESCRIPTION, ACCORD, CONFIRMATION, DECISION).

Responsable

En ce qui concerne les incertitudes liées à la temporalité dans le programme opératoire, le responsable a affaire aux médecins ou à leur secrétaire : **c'est uniquement dans cette situation qu'il sollicite les médecins**. Il les sollicite par téléphone ou en face à face : l'implantation de son bureau est alors centrale puisqu'elle lui permet de se rendre rapidement en salle d'opérations (rare) ou en salle de pause (plus fréquent) pour y trouver les médecins. Il les sollicite pour recueillir des informations sur la temporalité que seul le médecin possède (MEDIATION : à quelle heure compte-t-il opérer tel patient ?, dans quel ordre veut-il ordonner ses procédures ?...) mais également pour lui proposer des changements (adaptation de la règle) dans le programme opératoire (ordre) et obtenir son accord. Il s'appuie pour cela sur un outil papier de conception de l'organisation qu'il annote (adaptation) et sur lequel il réfléchit afin d'être force de proposition auprès du médecin.

Bloc cardiologie

Equipe

L'équipe est également peu amenée à réguler des situations présentant un fort niveau d'incertitude en termes de temporalité dans le programme opératoire. Lorsqu'elle le fait, elle ne sollicite pas les médecins mais davantage les collègues pour obtenir les informations qu'ils possèdent selon le poste occupé (MEDIATION : exemple, les brancardiers) soit par téléphone, soit en face à face (rôle de la salle de commande, des portes vitrées pour voir où les acteurs se trouvent et de la proximité des différents espaces).

Responsable

Pas de résolution d'indétermination concernant la temporalité dans le programme opératoire.

Indétermination sur les outils

Bloc orthopédie

Equipe

L'équipe est très peu amenée à éclaircir des situations incertaines liées aux outils. Il semble toutefois que lorsqu'elle est conduite à prendre en charge cet aspect, elle sollicite à titre principal

en priorité les outils de conception de l'organisation qu'elle s'est réappropriée (papiers) et dans un second temps lorsque ceux-ci ne permettent pas d'élucider la situation, les outils informatiques. Elle élucide ces incertitudes par téléphone et est force de proposition.

L'adaptation des outils informatiques peut conduire à des complications et à l'émergence de situations perturbées dans la mesure où les outils papiers ne sont pas alimentés par l'ensemble de la clinique à partir du moment où ils sont imprimés mais uniquement par les personnels du bloc opératoire selon les informations possédées. Or, un certain nombre de changements dans le programme opératoire de la journée (ajouts, affectations de chambres...) ne sont pas décidés au sein du bloc opératoire ; ces changements sont renseignés au sein de l'outil informatique mais ne sont pas toujours doublés d'un coup de téléphone (exemple : affectations de chambre). Le risque est alors grand pour l'équipe de s'appuyer sur des outils obsolètes, transformant alors des situations normales en situations perturbées.

Responsable

Pour réduire l'incertitude sur les outils, le responsable est fréquemment mobilisé. Il est notamment sollicité sur des incertitudes liées à des outils de traçabilité (informatiques ou papiers), sur lesquels il est donc central de réduire toute incertitude ou ambiguïté. Il consulte alors ses subordonnés pour obtenir les informations qu'ils possèdent en fonction du poste occupé (l'infirmière dans les soins...). Il les sollicite par téléphone et s'appuie sur ces outils informatiques ou papiers qu'il questionne, adapte ou utilise dans un usage non conforme à l'usage prévu. Notons ainsi la complémentarité entre le recours à des subordonnés et à des outils.

Bloc cardiologie

Equipe

Pas de résolution d'indétermination concernant les outils.

Responsable

Cet aspect concerne, à l'instar du cadre du bloc orthopédie, des outils de traçabilité sur lesquels il est donc essentiel de réduire toute ambiguïté. Le responsable du bloc cardiologie, lorsqu'il est amené à réguler des événements portant sur les outils et présentant un certain degré d'incertitude, va solliciter les médecins présents au sein de la salle de commande (EXPERT) ou mobiliser une fonctionnalité particulière de l'outil (« CONTROLE ») pour obtenir des informations.

Annexe n° 8 - Liste des documents recueillis et analysés dans le cadre de la thèse

Document	Source	Référencement
Fiche « Préparation et contrôles pré-opératoires »	Bloc opératoire et service de soin	-
Feuille d'ouverture de salle d'opération	Bloc opératoire	-
Feuille de surveillance pré et post-interventionnelle	Bloc opératoire	Annexe n° 9
Fiche service d'anesthésie-réanimation (événements anesthésiques indésirables)	Bloc opératoire (anesthésiste)	-
Fiche de liaison bloc-stérilisation	Bloc opératoire	Annexe n° 10
Feuille d'écologie informatisée version papier	Bloc opératoire	-
Feuille d'écologie papier (traçabilité des actes)	Bloc opératoire	Annexe n° 11
Check-list sécurité du patient au bloc opératoire	Bloc opératoire	Annexe n° 12
Fiche de demande d'intervention auprès de la maintenance	Bloc opératoire	Annexe n° 13
Programmes opératoires papiers des jours d'observations	Bloc opératoire	-
Schéma d'une salle d'intervention	Bloc opératoire	-
Schéma plateau technique	Bloc opératoire (responsable de proximité)	-
Extraction « Tableau supervision bloc »	Bloc opératoire (responsable de proximité)	-
Fichier de transmission des personnels du bloc cardiologie	Bloc opératoire (responsable de proximité)	-
Planning des personnels en période d'observation	Bloc opératoire (responsable de proximité)	-
Fiches « Changements horaires »	Bloc opératoire (responsable de proximité)	-
Fiches de poste : IDE bloc opératoire, IDE SSPI, AS bloc opératoire, ASH	Direction (DRH)	-

bloc opératoire, brancardier		
Guide d'accueil de l'établissement	Direction	-
Organigrammes de la clinique avant (2008) /après la réorganisation (2010)	Direction (DRH ; responsable du plateau technique)	-
Tableau réorganisation des missions responsable plateau technique / responsable ordonnancement (2010)	Direction (responsable ordonnancement)	-
Fiches planification quotidienne / hebdomadaire tâches ordonnancement ; Fiche missions spécifiques ordonnancement	Direction (responsable ordonnancement)	-
Extraction du fichier de planification des vacations au bloc opératoire	Direction (responsable ordonnancement)	-
Fiche de présentation du service ordonnancement (journée d'intégration 2009)	Direction (responsable ordonnancement)	-

Annexe n° 9 - Feuille de surveillance pré et post-interventionnelle

FEUILLE DE SURVEILLANCE PRE ET POST-INTERVENTIONNELLE

Etiquette patient :

DATE : ANESTHESISTE :

INTERVENTION :

ANESTHESIE :

Le poste n° en SLR a été vérifié conformément à la procédure établie par (Initiale et signature IDE) :

Le poste n° en SSPI a été vérifié conformément à la procédure établie par (Initiale et signature IDE) :

DEPART AUTORISE : A H PAR (Nom et signature de l'anesthésiste) :

Horaires						
Ventilation	VC - VS - EXT					
	FR					
	VT					
	FECO ₂					
	vol O ₂ ou FiO ₂					
	SaO ₂					
Hémo-dynamique	PA					
	FC					
	Diurèse					
T° - réchauffement						
Récupération neurologique	Ouvre les yeux					
	Répond ordres simples					
	Décurarisation clinique					
	Sep Motrice (M+ / M-)					
	Sensitive (S+ / S-)					
Inf Motrice (M+ / M-)						
Sensitive (S+ / S-)						
DOULEUR - EN / EVA						
Surveillance chirurgicale	Coloration					
	Chaleur					
	Pouls périphérique D / G					
	Pans					
	Drainage					
	Cell-Saver					
	Recueilli / Transfusé					
Apports et injections						
Visa IDE / AS						

Observations :

Nausées / Vomissements

..... / à

..... / à

☐ Reprise de gaz

HGT

..... / à

..... / à

Radio post-op

☐ Faite☐ vue

Bilan sanguin :

☐ Prélevé

à

☐ Vu par MAR

Nursing / confort

☐ Petite toilette☐ Réfection lit☐ Hygiène patient☐ Bain de bouche☐ Vessie de glace

Horaires									
Ventilation	VC - VS - EXT								
	FR								
	VT								
	FECO ₂								
	vol O ₂ ou FiO ₂								
SaO ₂									
Hémo-dynamique	PA								
	FC								
	Diurèse								
T° - réchauffement									
Récupération neurologique	Ouvre les yeux								
	Répond ordres simples								
	Décurarisation clinique								
	Sup	Motrice (M+/M-)							
	Sensitive (S+/S-)								
Inf	Motrice (M+/M-)								
Sensitive (S+/S-)									
DOULEUR – EN /EVA									
Surveillance chirurgicale	Coloration								
	Chaleur								
	Pouls périphérique D / G								
	Pans ⁺								
	Drainage								
Cell-Saver Recueilli / Transfusé									
Apports et injections									
Visa IDE / AS									

Observations :

Annexe n° 10 - Fiche de liaison bloc-stérilisation

10/07/03

Fiche de liaison bloc - stérilisation
« suivi du matériel »

Etiquette patient

DATE : SALLE :
 NOM DU CHIRURGIEN :
 NOM DE L'IDE :
 TYPE D'INTERVENTION :
 N° ECHELLE :
 N° DES BACS : /...../...../.....

- PREPARATION DES BACS : (Nettoyant décontaminant)

NOM :

- IMMERSION DU MATERIEL : HEURE DEBUT : NOM :

Partie remplie en stérilisation

- IMMERSION DU MATERIEL : HEURE FIN : NOM :

- LAVAGE DU MATERIEL : MANUEL LAVEUR-DESINFECTEUR - N° :
 HEURE DEBUT : NOM :

- INACTIVATION CHIMIQUE : (60 min de trempage dans la soude 1N)

HEURE D'IMMERSION : NOM :

HEURE DE FIN D'IMMERSION : NOM :

- VERIFICATION DE L'ETAT DE PROPRETE DU MATERIEL NOM :

SCORE MCJ POST-OPERATOIRE:

Noter le score mentionné sur la feuille observation initiale (feuille bleue).

En cas d'effraction ou d'ulcération accidentelle d'un tissu à risque - Réévaluation du score par l'anesthésiste ou le chirurgien.

Motif de la réévaluation :

Signature du praticien :

0	}	Procédure habituelle
1		
2		Procédure maximale avec inactivation chimique.
≥ 3		Séquestration du matériel

Si score ≥ 2 prévenir la surveillance de bloc

PROBLEMES RENCONTRES :

EN SALLE

EN STERILISATION.

NOM ET/OU N° DU MATERIEL UTILISE EN SALLE	N° DU LAVEUR	CONDITIONNEMENT ET VERIFICATION DE L'ETAT DU MATERIEL	
		HEURE	NOM
BOITES : -INSTRUMENTATION DE BASE			
- ANCILLAIRES – PROTHESE			
PACKS - INSTRUMENTS			
SACHETS - Bistouri électrique - Chariot pédiatrique - Unité B Unité D			
MOTEURS			

Chirurgien :

Sexe : Age :

- ☐ KT central n° de lot :
☐ KT péridural n° de lot :
☐ Sondage urinaire n° de lot : Visa :
☐ Drain thoracique n° de lot : quantité :
 n° de lot : quantité :
☐ Redon n° de lot : quantité :
☐ Drainage :
Temps de garrot : Temps de clamage :

516

Etiquettes stérilisation

DRAPAGES / TEXTILES	
1	100% Cotton
2	100% Polyester
3	100% Linen
4	100% Silk
5	100% Wool
6	100% Rayon
7	100% Nylon
8	100% Denim
9	100% Canvas
10	100% Leather
11	100% Rubber
12	100% Metal
13	100% Plastic
14	100% Paper
15	100% Glass
16	100% Stone
17	100% Wood
18	100% Concrete
19	100% Brick
20	100% Tile
21	100% Marble
22	100% Granite
23	100% Quartz
24	100% Slate
25	100% Limestone
26	100% Sandstone
27	100% Travertine
28	100% Marble
29	100% Granite
30	100% Quartz
31	100% Slate
32	100% Limestone
33	100% Sandstone
34	100% Travertine
35	100% Marble
36	100% Granite
37	100% Quartz
38	100% Slate
39	100% Limestone
40	100% Sandstone
41	100% Travertine
42	100% Marble
43	100% Granite
44	100% Quartz
45	100% Slate
46	100% Limestone
47	100% Sandstone
48	100% Travertine
49	100% Marble
50	100% Granite
51	100% Quartz
52	100% Slate
53	100% Limestone
54	100% Sandstone
55	100% Travertine
56	100% Marble
57	100% Granite
58	100% Quartz
59	100% Slate
60	100% Limestone
61	100% Sandstone
62	100% Travertine
63	100% Marble
64	100% Granite
65	100% Quartz
66	100% Slate
67	100% Limestone
68	100% Sandstone
69	100% Travertine
70	100% Marble
71	100% Granite
72	100% Quartz
73	100% Slate
74	100% Limestone
75	100% Sandstone
76	100% Travertine
77	100% Marble
78	100% Granite
79	100% Quartz
80	100% Slate
81	100% Limestone
82	100% Sandstone
83	100% Travertine
84	100% Marble
85	100% Granite
86	100% Quartz
87	100% Slate
88	100% Limestone
89	100% Sandstone
90	100% Travertine
91	100% Marble
92	100% Granite
93	100% Quartz
94	100% Slate
95	100% Limestone
96	100% Sandstone
97	100% Travertine
98	100% Marble
99	100% Granite
100	100% Quartz

INSTRUMENTATIONS (CONTENEURS, SACHETS)

ETIQUETTES PROTHESES ET IMPLANTS

Les TIPS sont collés sur la pochette plastique dans laquelle on insère ce document.
Si absence d'étiquettes – noter la référence et le n° de lot.

CHECK-LIST SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE

Version 2010 - 02



Identification du patient

Etiquette du patient
ou nom, prénom, date de naissance

Salle :
Date d'intervention :
Heure intervention (début) :

Chirurgien « intervenant » :
Anesthésiste « intervenant » :
Coordonnateur(s) check-list :

AVANT INDUCTION ANESTHESIQUE Temps de pause avant anesthésie		AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision		APRES INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération	
1 Identité du patient : - le patient a déclaré son nom, sinon, par défaut, autre moyen de vérification de son identité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	6 Vérification "ultime" croisée au sein de l'équipe - identité patient correcte - intervention prévue confirmée - site opératoire correct - installation correcte - documents nécessaires disponibles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	9 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : - de l'intervention enregistrée, - du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, ... - de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires... - du signallement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non
2 L'intervention et site opératoire sont confirmés : - idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique - la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	7 Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention - sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention,...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	10 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site d'intervention et non dangereux pour le patient	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	- sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie	
4 Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié - pour la partie chirurgicale - pour la partie anesthésique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A	8 Antibiotoprophylaxie effectuée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R		
5 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre - allergie du patient - risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque - risque de saignement important	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A				

Abréviations utilisées : C/L : Check-list - N/A : Non Applicable - N/R : Non Recommandé

Annexe n° 13 - Fiche de demande d'intervention auprès de la maintenance

13-06/01

DEMANDE D'INTERVENTION.

Date :

Service :

Déclarant (Nom - prénom) :

Nom du matériel :

Lieu :

Code OPTIM :

Descriptif de la panne :

--

PARTIE RESERVEE AU SERVICE TECHNIQUE

Matériel remis en service selon les instructions du constructeur le :

Par :

Observations :

Apposer la pancarte : « EN ATTENTE D'INTERVENTION » sur le matériel.**PARTIE RESERVEE AU SERVICE TECHNIQUE.**

Intervention effectuée le :

Par :

Code-compta :

N° de facture :

Type : Curatif ☐ Préventif ☐ Installation ☐Cause de la panne : Choc ☐ Défaut d'origine ☐ Négligence ☐ Usure ☐Nature de la panne : Circuits intégrés ☐ Electronique ☐ Electromécanique ☐Autres : ☐ Informatique ☐ Mécanique ☐

Symptômes :

Description de l'intervention :

Fournitures		Nb	Coût unitaire	Total
Références	libellé			

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : CONTEXTE ET DESIGN DE LA RECHERCHE	11
CHAPITRE 1 : LA MUTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET SES CONSÉQUENCES SUR L'ORGANISATION INTERNE DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS : ENJEUX ET PERSPECTIVES ..	13
1. LES MUTATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ : LE PHÉNOMÈNE D' « INDUSTRIALISATION DES SOINS »	16
1.1. Retour sur la clinique privée : un « <i>objet de gestion non identifié</i> »	16
1.2. La maîtrise des dépenses de santé : évolution du système de financement des établissements de soins.....	17
1.2.1. <i>L'envolée des dépenses : le prix de journée</i>	17
1.2.2. <i>Première tentative de régulation du système : budget global et naissance du PMSI</i>	18
1.2.3. <i>Un tournant dans la régulation du système : l'instauration d'un quasi-marché</i>	20
1.2.4. <i>Le PMSI comme outil de régulation : la mise en œuvre de la tarification à l'activité</i>	22
1.3. Préoccupations en matière de qualité et de sécurité des soins : la certification hospitalière	23
1.4. La logique sous-jacente à ces réformes : la standardisation de l'activité	29
2. LE « TOURNANT GESTIONNAIRE » DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : LA COORDINATION ET LA GESTION DE L'ÉVÉNEMENT AU CŒUR DE LA PERFORMANCE.....	33
2.1. Conséquences de l'industrialisation des soins : le « <i>tournant gestionnaire</i> » des établissements de santé	33
2.2. Les enjeux en matière de coordination de l'activité.....	36
2.2.1. <i>La coordination au cœur de la performance des établissements</i>	36
2.2.2. <i>Conséquences du tournant gestionnaire : l'hôpital, une bureaucratie professionnelle ?</i>	39
2.3. L'activité de soins soumise à l'événement : « <i>gérer la singularité à grande échelle</i> »	42

CHAPITRE 2 : APPRÉHENDER LE TRAVAIL D'ARTICULATION « SITUÉ » ORGANISATIONNELLEMENT : LA SITUATION DE GESTION ET L'AGENCEMENT ORGANISATIONNEL	49
1. L'ÉTUDE DU TRAVAIL D'ARTICULATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : VERS L'ANALYSE DE L'ACTIVITÉ « SITUÉE » ORGANISATIONNELLEMENT.....	52
1.1. Retour sur le travail d'articulation	53
1.1.1. <i>Le travail d' « articulation structurante »</i>	53
1.1.2. <i>Le travail d' « articulation opérationnelle »</i>	54
1.2. Aux limites du « plan » : le travail d'articulation, un travail d'organisation ? .	56
1.2.1. <i>Le travail d'articulation comme bricolage et élaboration de solutions locales</i>	56
1.2.2. <i>De la difficulté de penser la façon dont l'organisation peut soutenir le travail d'articulation</i>	57
1.3. Le travail d'articulation : une activité dialogique située dans un monde matériel et symbolique	61
1.3.1. <i>Retour sur les différentes fonctions de la communication</i>	62
1.3.2. <i>« L'intrication du langagier et du non langagier » : le rôle des objets dans la vie sociale de l'organisation</i>	63
1.3.3. <i>Plus qu'une négociation... une discussion</i>	67
2. REGARDS SUR L'ACTIVITÉ : LE « CARRÉ DE L'ACTIVITÉ ».....	72
2.1. La théorie de l'action située.....	73
2.1.1. <i>Les écrits de Suchman</i>	74
2.1.2. <i>La proximité avec l'ethnométhodologie</i>	75
2.2. La théorie de la cognition distribuée	76
2.3. Les théories de l'activité, la psychologie du travail et l'ergonomie de tradition française.....	78
2.3.1. <i>Les théories de l'activité</i>	78
2.3.2. <i>Regards sur l'activité en France : la psychologie clinique du travail et l'ergonomie de langue française</i>	81
2.4. La théorie ou sociologie de l'acteur-réseau (SAR).....	86
2.4.1. <i>La sociologie de l'acteur-réseau</i>	86
2.4.2. <i>Les « objets intermédiaires »</i>	88
2.4.3. <i>Les « objets-frontières »</i>	89
3. VERS UNE UNITÉ D'ANALYSE INTERMÉDIAIRE : LA SITUATION DE GESTION ET L'AGENCEMENT ORGANISATIONNEL.....	90
3.1. Les contradictions du « carré » : apports et limites des modèles.....	91

3.1.1. <i>Nature et place dans le système des artefacts étudiés</i>	92
3.1.2. <i>La question du changement organisationnel</i>	95
3.1.3. <i>Le rapport à la conception</i>	97
3.2. Le cadre d'analyse retenu dans ce travail : la situation de gestion et l'agencement organisationnel	101
3.2.1. <i>Aux origines du concept de situation : les écrits de Dewey et de Goffman</i> ..	102
3.2.2. <i>La situation de gestion chez Girin : une unité d'analyse intermédiaire de l'activité</i>	107
3.2.3. <i>Les agencements organisationnels : un complément nécessaire pour se saisir des ressources mobilisées dans la situation</i>	113
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA THÈSE	119
1. LA CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE	122
1.1. Émergence de l'objet de recherche au cours d'une étude préalable	122
1.2. Rôle de la réflexion théorique dans l'élaboration de l'objet de recherche .	124
2. LA COLLECTE DES DONNÉES	125
2.1. Les choix en amont compte-tenu de l'objet de recherche.....	126
2.1.1. <i>Choix du terrain et négociation de l'entrée</i>	126
2.1.2. <i>Choix méthodologiques : l'étude de cas enchâssée et l'observation in situ</i>	130
2.2. L'observation.....	134
2.2.1. <i>Préparer l'observation : la grille d'observation</i>	135
2.2.2. <i>L'entrée sur le terrain : présentation de soi</i>	138
2.2.3. <i>La période d'observation : modalités et difficultés rencontrées</i>	140
2.2.4. <i>Sortir du terrain</i>	149
2.3. L'entretien	150
2.3.1. <i>L'échantillon</i>	150
2.3.2. <i>L'entretien compréhensif, un espace de réflexivité</i>	152
3. L'ANALYSE DES DONNÉES ET LA PHASE DE RÉDACTION	155
3.1. Retranscription des données et rédaction d'un journal de bord	155
3.2. Méthode de codage des données : quelles « étiquettes » fabriquer ?	156
3.2.1. <i>Émergence de la situation de gestion comme unité d'analyse de l'activité</i>	156
3.2.2. <i>Les axes retenus dans l'analyse (ou catégories)</i>	157
3.2.3. <i>Un codage descendant</i>	158
3.3. L'analyse du codage : émergence du cadre d'analyse du terrain	160
3.4. La communication des résultats.....	163
4. L'ANCRAGE CONSTRUCTIVISTE DE LA THÈSE	164

4.1. Une posture constructiviste	164
4.1.1. Nature de la réalité observée	165
4.1.2. Relations entre le chercheur et l'objet étudié	165
4.1.3. Le projet de connaissance	167
4.2. Evaluer les connaissances produites	167
4.2.1. Le caractère « abductif » de l'approche	167
4.2.2. La validité interne de l'étude	168
4.2.3. La généralisation des résultats : la « généralité analytique »	169
 PARTIE 2 : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	173
 CHAPITRE 4 : VERS UNE GRILLE DE LECTURE DE L'ACTIVITÉ : RETOUR SUR LES SPÉCIFICITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT	175
1. UN ÉTABLISSEMENT « A LA POINTE » : TOUR D'HORIZON DES LOCAUX ET DES TECHNOLOGIES EMPLOYÉES	178
1.1. La clinique dans son ensemble	178
1.2. Le plateau technique	179
1.3. Les blocs opératoires orthopédie et cardiologie	183
2. L'OPTIMISATION DU FLUX PATIENT, UN DOUBLE ENJEU POUR LE MANAGEMENT : LE PARTAGE DES INFORMATIONS ET LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS	193
2.1. Une programmation rigoureuse du flux patients	193
2.2. Un double enjeu pour le management de la clinique	198
2.2.1. La maîtrise du circuit d'information	198
2.2.2. La gestion des événements	199
 CHAPITRE 5 : LES AGENCEMENTS ORGANISATIONNELS EN SITUATIONS NON PERTURBÉES .	205
1. LA SITUATION NORMALE : LA CONFORMITÉ A LA PROCÉDURE	208
1.1. Conformité aux procédures et logique de rationalisation	208
1.1.1. Une coordination bloc / services connexes normalisée	208
1.1.2. Division du travail au bloc opératoire et recherche de l'efficience	216
1.2. Entraide et construction d'une identité collective	228
1.2.1. Les relations interpersonnelles aux blocs opératoires	228
1.2.2. Arrangements informels, routines organisationnelles et normes tacites de fonctionnement	238
2. LES INDÉTERMINATIONS DANS LE CADRE DE RÉFÉRENCE : DES SITUATIONS RÉFLEXIVES ?	244

2.1.	L'absence de retour d'expérience	244
2.1.1.	<i>L'absence de moments collectifs de rencontre</i>	<i>244</i>
2.1.2.	<i>Un dispositif de REx inefficace</i>	<i>246</i>
2.1.3.	<i>Le manque de marges de manœuvre pour améliorer les réponses organisationnelles</i>	<i>247</i>
2.2.	Le questionnement de la procédure lié à une méconnaissance de celle-ci..	248
2.3.	La structuration de l'activité future	250
2.4.	Le recueil d'informations face au caractère dispersé du travail	252
 CHAPITRE 6 : LES AGENCEMENTS ORGANISATIONNELS EN SITUATIONS PERTURBÉES..		261
1.	LES SITUATIONS PERTURBÉES « IMPENSÉES » : LA COMMUNICATION AU CŒUR DE LA GESTION DES EVENEMENTS	264
1.1.	Le cas du bloc orthopédie : une équipe force de proposition face à des problématiques organisationnelles persistantes	264
1.1.1.	<i>La trame organisationnelle déstabilisée : la survenue d'une perturbation .</i>	<i>264</i>
1.1.2.	<i>Obtention d'informations sur la nature de la procédure.....</i>	<i>267</i>
1.1.3.	<i>Alimentation des outils par la coordinatrice</i>	<i>271</i>
1.1.4.	<i>L'existence de conflits de situations</i>	<i>273</i>
1.1.5.	<i>Rôle du travail de relève en situation perturbée.....</i>	<i>277</i>
1.1.6.	<i>Discussion et arbitrages entre les intérêts de chacun</i>	<i>279</i>
1.2.	Le cas du bloc cardiologie : des incertitudes d'ordre médical rapidement résolues	283
1.2.1.	<i>L'apparition d'une première perturbation en phase de préparation.....</i>	<i>283</i>
1.2.2.	<i>Une situation fragilisée : la survenue d'une nouvelle perturbation au cours de l'intervention.....</i>	<i>288</i>
1.2.3.	<i>Apparition d'une troisième perturbation à l'issue de l'opération.....</i>	<i>289</i>
1.2.4.	<i>Emergence d'une dernière perturbation en salle de réveil</i>	<i>291</i>
2.	LES SITUATIONS PERTURBÉES « ROUTINIÈRES » : DES RÉPONSES ORGANISATIONNELLES PROPOSÉES FACE A L'ÉVÉNEMENT	294
2.1.	Des réponses organisationnelles prévues en situations perturbées	295
2.1.1.	<i>Donner des marges de manœuvre aux équipes pour réduire l'incertitude .</i>	<i>295</i>
2.1.2.	<i>Favoriser le partage des informations pour limiter l'incertitude.....</i>	<i>304</i>
2.1.3.	<i>Des dispositifs spécifiquement mis en place pour soutenir ces régulations locales sur des événements récurrents.....</i>	<i>306</i>
2.2.	L'actualisation des réponses organisationnelles : la tentative du management de maintenir l'activité dans la trame préétablie	321

2.2.1. <i>Des changements dans la structure formelle, source de perturbation....</i>	321
2.2.2. <i>Des réponses organisationnelles apportées qui évoluent : la volonté de « solutionner les problèmes »</i>	323
CONCLUSION GENERALE DU TRAVAIL DE TERRAIN : VERS UNE LECTURE DYNAMIQUE DE LA GRILLE PROPOSÉE	330
CHAPITRE 7 : LA STRATÉGIE DE LA GESTION DES RISQUES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SES CONTRADICTIONS : UN ÉCLAIRAGE PAR LES SITUATIONS DE GESTION ..	333
1. ANALYSE DE LA GRILLE DE LECTURE PROPOSÉE ET INCIDENCES SUR LA STRATÉGIE DE GESTION DES RISQUES AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	336
1.1. Réflexions à partir des écrits de Strauss : la reformulation du problème....	336
1.2. Retour sur la grille d'analyse proposée	338
1.2.1. <i>L'organisation comme ressource dans chacun des cadrans.....</i>	338
1.2.2. <i>Les dimensions saillantes de la situation de gestion dans les établissements de santé</i>	339
1.2.3. <i>L'invitation à une lecture dynamique de la grille d'analyse</i>	342
1.3. La conception de la gestion de l'événement dans les établissements de santé : la « situation de référence ».....	342
1.3.1. <i>Un établissement de santé tourné vers la « stratégie d'anticipation » ...</i>	343
1.3.2. <i>L'instrumentation provenant des tutelles renforce cette conception</i>	346
1.3.3. <i>Une stratégie en contradiction avec le caractère singulier des situations de gestion.....</i>	347
2. LES ENJEUX DU TRAVAIL DE RÉGULATION LOCALE A LA LUMIÈRE DU CONCEPT DE SITUATION DE GESTION.....	349
2.1. Le travail de régulation locale : la nécessité de reconstituer la « méta-situation »	349
2.2. Le travail de reconstitution de la méta-situation : une activité fondamentalement discursive	352
2.2.1. <i>Un travail permanent : l'importance de la « vigilance collective » dans la gestion des situations perturbées.....</i>	352
2.2.2. <i>L'implication « partielle » et « partiale » des acteurs : existence de conflits d'intérêts entre les situations.....</i>	353
2.2.3. <i>Arbitrer entre ces différents intérêts : rôle de la « discussion » dans le travail de régulation locale</i>	356

CHAPITRE 8 : L'AGENCEMENT ORGANISATIONNEL DES SITUATIONS PERTURBÉES : LA NÉCESSITÉ D'ÉQUIPER LE TRAVAIL DE RÉGULATION LOCALE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	361
1. LE ROLE DES AGENCEMENTS-CARREFOURS DANS LA RECONSTITUTION DE LA MÉTA-SITUATION	365
1.1. L'importance de la conception-architecturale des espaces de travail : le rôle des lieux-pivots	366
1.2. Les outils-pivots : impact des choix organisationnels sur l'activité réelle ...	368
1.2.1. Proposition d'une grille d'analyse des outils de gestion mobilisés en situation.....	368
1.2.2. Les outils-pivots de « médiation », non envisagés par l'organisation	371
1.2.3. Divergences entre la notion d'outils-pivots et le concept d'« objets-frontières » : l'entrée par les situations de gestion	375
1.3. L'acteur-pivot au cœur de l'agencement organisationnel	376
2. LE ROLE DES RESSOURCES MATÉRIELLES ET SYMBOLIQUES DANS LA DISCUSSION ET LE DÉPLOIEMENT DES SOLUTIONS	379
2.1. L'architecture matérielle des espaces de discussion.....	380
2.1.1. Soutenir les « mécanismes discursifs » dans les cours d'action	380
2.1.2. Faciliter le déploiement des solutions	382
2.2. Quelle place donner aux médecins dans l'agencement ?	384
2.2.1. Les perturbations affectant la trajectoire du malade : penser la collaboration avec les médecins.....	385
2.2.2. Les perturbations à teneur organisationnelle : donner de la légitimité aux acteurs	387
3. LA CONSTRUCTION DE L'AGENCEMENT ORGANISATIONNEL DANS LE TEMPS : ANTICIPATION ET RÉSILIENCE, UN MIX POSSIBLE ?	389
3.1. La dynamique d'apprentissage des situations perturbées au sein des établissements de santé	390
3.1.1. Stratégies d'anticipation et de résilience : quelles relations ?	390
3.1.2. Les retours d'expérience et l'évolution de l'architecture matérielle de l'agencement	392
3.1.3. La constitution d'un répertoire d'expérience partagé	394
3.2. La double genèse des dispositifs matériels et architecturaux : la construction d'une véritable identité collective dans le temps	395
3.2.1. Dynamique de l'usage des outils dans la construction de l'identité collective.....	395

3.2.2. Les rencontres intercatégorielles dans le temps et l'espace : favoriser l'« intelligibilité mutuelle »	397
CONCLUSION : PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA THÈSE, LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE	403
1. LES PRINCIPALES CONTRIBUTIONS THÉORIQUES	406
1.1. Les effets de l'industrialisation des soins sur le travail d'articulation : un constat nuancé.....	406
1.1.1. La rationalisation des soins entrave le temps consacré à l'échange pourtant essentiel à la régulation des perturbations	406
1.1.2. Stratégie d'anticipation et de résilience : un mix possible	407
1.2. Equiper les situations de travail dans une perspective de résilience	408
1.2.1. Une caractéristique fondamentale du travail de régulation : la reconstitution de la méta-situation	410
1.2.2. L'équipement des espaces de discussion dans l'espace et dans le temps.....	411
2. LES PRINCIPALES RETOMBÉES EN TERMES DE MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE....	418
2.1. L'observation <i>in situ</i> d'un bloc opératoire	418
2.2. L'opérationnalisation du concept d'agencement organisationnel.....	418
2.3. L'usage du concept de situation pour interroger l'organisation en retour : l'identification d'un niveau d'analyse supplémentaire	419
3. LES PRINCIPAUX APPORTS EMPIRIQUES	420
3.1. Equiper les espaces de discussion dans les cours d'action	422
3.2. Alimenter dans le temps les espaces de discussion.....	423
4. LIMITES DE LA THÈSE ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	425
BIBLIOGRAPHIE	429
ANNEXES	457
ANNEXE N° 1 - TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	460
ANNEXE N° 2 - TABLE DES ABREVIATIONS ET SIGLES UTILISÉS	466
ANNEXE N° 3 - PROPOSITION DE RECHERCHE	468
ANNEXE N° 4 - LES GRILLES D'OBSERVATIONS.....	470
ANNEXE N° 5 - CODAGE DES DONNÉES : PRESENTATION DES SOUS-CATEGORIES.....	477
ANNEXE N° 6 - UN EXEMPLE DE CODAGE A PARTIR D'UN EXTRAIT D'OBSERVATION AU BLOC ORTHOPÉDIE	485

ANNEXE N° 7 - LES « <i>ECRITURES INTERMEDIAIRES</i> » : EXEMPLES DE FICHES D'ANALYSE ET DE SYNTHÈSE RÉALISÉES	488
ANNEXE N° 8 - LISTE DES DOCUMENTS RECUEILLIS ET ANALYSES DANS LE CADRE DE LA THÈSE	510
ANNEXE N° 9 - FEUILLE DE SURVEILLANCE PRÉ ET POST-INTERVENTIONNELLE.....	512
ANNEXE N° 10 - FICHE DE LIAISON BLOC-STERILISATION.....	514
ANNEXE N° 11 - FEUILLE D'ÉCOLOGIE PAPIER (TRAÇABILITÉ DES ACTES)	516
ANNEXE N° 12 - CHECK-LIST SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE.....	520
ANNEXE N° 13 - FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION AUPRÈS DE LA MAINTENANCE ..	521

Gérer l'événement dans un contexte d'industrialisation des soins

Une approche par l'activité de la coordination au bloc opératoire

Résumé : La thèse examine les modes de coordination du travail adoptés par les établissements de santé, face au récent mouvement d'industrialisation des soins. Partant d'une entrée résolument micro, en s'intéressant au travail d'articulation (Strauss, 1992a) accompli par les personnels, la recherche permet de remonter vers des aspects plus macro en interrogeant l'instrumentation gestionnaire en place dans les organisations de soins et celle portée par les tutelles. Ce projet de connaissance appelle à adopter une unité d'analyse particulière : c'est ainsi par l'activité située organisationnellement (Lorino et Teulier, 2005), à travers les concepts de situation de gestion et d'agencement organisationnel (Girin, 1990a ; 1983a ; 1995), que ces questions sont examinées. A partir de l'étude de deux blocs opératoires d'une clinique privée à la pointe de la rationalisation économique, la recherche met en exergue d'importantes différences entre les agencements organisationnels observés, selon le degré de singularité et le niveau de connaissance possédé par les acteurs sur la situation. L'étude montre que l'événement (Zarifian, 1995) est une constante de l'activité de soins et appelle par conséquent à prendre appui sur le concept de situation de gestion pour penser de nouvelles formes de rationalisation du cadre de l'action (Journé et Raulet-Croset, 2004), tournées vers la résilience (Wildavsky, 1988) du système. Dès lors, apparentant l'agencement organisationnel des situations perturbées à un espace de discussion (Detchessahar, 1997), nous décrivons ici la façon dont une organisation de soins peut équiper la discussion à la fois dans le temps et dans l'espace.

Mots clés : Etablissements de santé, situation de gestion, agencement organisationnel, travail d'articulation, discussion, résilience

Managing events in a context of industrialization of care

An activity-oriented approach of coordination in the surgical ward

Abstract: The thesis considers the way healthcare organizations coordinate work in the recent context of the industrialization of care. Starting from a definitely micro approach, studying the work of articulation (Strauss, 1992a) performed by staffs, our research enables to put into light more macro aspects questioning management tools used in healthcare organizations and developed by the government. This knowledge project calls for specific analysis unit: thus, we study these issues considering the organizationally situated activity (Lorino and Teulier, 2005) with the concepts of management situation and organizational arrangement (Girin, 1990a; 1983a; 1995). Based on the study of two surgical units in a private clinic at the forefront of healthcare rationalization, our research shows significant differences among the organizational arrangements examined, depending on the degree of uniqueness and the knowledge level owned by the staff on the situation. The study underlines that events (Zarifian, 1995) are a constant in care activity and therefore implies that one should lean on the concept of management situation to design new ways of rationalizing the action framework (Journé and Raulet-Croset, 2004), oriented towards system resilience (Wildavsky, 1988). As a result, relating the organizational arrangement of disrupted situations to discussion area (Detchessahar, 1997), potential ways for healthcare organizations to equip discussion both in time and space are being described.

Key words: Healthcare organizations, management situation, organizational arrangement, articulation work, discussion, resilience